

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton



NEUVIÈME SÉRIE — TOME ONZIÈME

SOIXANTE-HUITIÈME ANNÉE

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1910

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

FOLIE FAMILIALE
DÉLIRE D'INTERPRÉTATION ANTILOGIQUE
COMMUNIQUÉ ENTRE SEPT PERSONNES

Par le Dr B. ETCHEPARE

Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine
de Montevideo.

Le 12 avril de l'année dernière, je reçus dans mon service du Manicome, la nommée M. E..., Uruguayenne, ménagère, âgée de vingt-cinq ans, dont le tableau clinique indiquait un *état mélancolique*. Deux de ses sœurs, F... et M..., l'une âgée de trente et un ans et l'autre de dix-huit, vinrent me voir en même temps pour me raconter une histoire bien étrange relative à la malade.

La narratrice, personne pâle, inquiète, d'une loqua

cité intarissable, commença par me dire que leur s eur était tombée malade immédiatement après le décès d'une autre petite s eur à elles, sous l'influence d'agents mystérieux, et que cette mort avait été entourée de circonstances si singulières, que tout faisait supposer que la cause né pouvait en être naturelle. Puis, comme elle commentait la maladie en termes forts peu obligeants pour les nombreux médecins qui étaient intervenus pour le traitement, et comme elle ne parlait rien de moins que de procédés suspects et peut-être criminels, de la part de médecins, pharmaciens, voisins, voire même de la Société philanthropique « Cristóbal Colón », je soup onnai qu'elle n'était pas dans son bon sens, et la priai de revenir le lendemain me confier ses inquiétudes lorsqu'elle aurait bien médité ses accusations et tranquillement réfléchi à ses griefs. Elle fut exacte au rendez-vous et c'est sa narration fidèle que je transcris ici, comme un exemple peu fréquent et même très rare de folie familiale.

« Il y a dix-neuf ans, son père mourut d'un coup de poignard au ventre que lui porta son associé. Sa fille est persuadée que l'assassin agit, dans cette circonstance, sur le conseil ou par la suggestion de certaines gens, mais non pour son propre compte, puisqu'on n'a jamais trouvé une explication claire et plausible de ce crime. En effet, me dit-elle, son père était un homme excellent, très ami de la justice et qui s'intéressait aux faibles et aux malheureux, à tel point qu'il les défendait généreusement, bien qu'il n'e t aucun intérêt à le faire. C'est ainsi que fréquemment, il dénonçait quelqu'un ou il portait plainte devant les tribunaux, invoquant les droits d'un voisin ou d'un ami. Il avait eu plusieurs procès ; et, bien qu'il e t toujours la raison de son côté et qu'il prouv t bien son droit, il n'obtenait pas toujours justice. Il faut remarquer qu'il était si convaincu de la justice de ses causes, qu'il n'a jamais voulu accepter l'aide d'avocats ni d'aucune autre personne pour les

défendre devant les tribunaux, ce qui lui attira force haines et persécutions de la part des gens du métier qu'il dut plusieurs fois traduire devant les juges. En toutes ces affaires, il n'intervenait que dans l'intérêt de son prochain, simplement par amour de la justice, sans aucun profit personnel, puisqu'en réalité, il vivait des bénéfices de son établissement et d'une propriété qu'il administrait au nom d'un de ses clients. Il ne fut point heureux dans ses nobles entreprises, car ceux-là même qui avaient profité de sa conduite généreuse furent les premiers à se tourner contre lui et à le traiter de chercheur de chicanes. Finalement, tout le monde s'unit contre lui pour organiser une persécution acharnée dont l'épilogue fut la mort de ce parfait modèle d'altruisme.

« Le blessé fut transporté à l'hôpital et le médecin chargé de la délicate opération, obéissant à une pernicieuse suggestion, ne craignit pas de déshonorer son diplôme et de hâter le triste dénouement de ce drame.

« La victime laissait sous la douloureuse impression de cette mort violente une famille composée de la mère, personne très sensée, qui ne croyait nullement à une persécution, et de cinq enfants, un garçon et quatre filles.

« L'holocauste du père ne mit pas un terme à la persécution. Pendant que la famille habitait une maison de la rue L..., une voisine très pauvre, personne de mauvaise conduite, nous dit-elle, qui recevait chez elle des nocurs et qui cependant était secourue par la Société « Cristóbal Colón », commença bientôt à s'immiscer dans leurs affaires, à les injurier, et réussit à répandre autour d'eux une atmosphère de calomnies. D'accord avec un avoué, ancien ennemi du père assassiné, et voisin lui aussi, elle dénonça cette famille sous prétexte de soustraction d'une quantité d'argent et de quelques vieilles hardes. La police intervint et rétablit la paix. Alors la voisine, toujours conseillée par l'avoué méchant, décida d'introduire clandestinement dans leur maison quelques pièces de linge et de l'argent, dans le but de faire croire à un vol (nos gens vivaient dans une pauvreté voisine de la misère). Cette fois encore il leur fut facile de déjouer ces moyens coupables.

« La deuxième victime fut son frère de seize ans, très

intelligent, très laborieux et qui promettait un brillant avenir. Il était très réservé ; mais un beau jour, à leur grande surprise, il passa toute la journée dehors avec le fils du voisin l'avoué. A partir de ce moment, il changea de caractère, il détestait tout le monde, se fâchait et ne pouvait supporter personne. Cet épisode se termina par la réclusion au Manicome du jeune homme, qui y est encore. Elles sont persuadées que la maladie de leur frère est due à la méchanceté du voisin.

« La famille se trouvait réduite à la mère avec ses filles ; mais les ressources dont elles vivaient étant épuisées, il fallut travailler... La narratrice, déjà maîtresse d'école, chargée d'une classe pendant quelque temps, puis injustement laissée de côté pour favoriser d'autres collègues à son détriment, refusant de se soumettre et de prendre part à aucun concours, qui, à son avis, n'était qu'un système d'injustices et de recommandations, elle résolut de fonder une école particulière rue 18 J... Elle n'y obtint aucun succès, car, au bout de peu de temps, les enfants qu'elle instruisait quittèrent peu à peu l'école. Pourquoi ? Elle n'en sait rien, mais elle soupçonne fort ses anciens voisins d'avoir divulgué les événements narrés ci-dessus, et déjà, à ce moment, elle ne voit que des ennemis partout.

« Elles déménagent pour s'établir rue Y..., sans que la situation s'améliore. Tous ses voisins se montrent hostiles. Je ne sais ce qui se passait, ajoute-t-elle, mais tout le monde semblait s'occuper de nous et la malveillance était générale et unanime à notre égard.

« Elles vont alors demeurer très loin, du côté de Belle-Vue, et dès les premiers jours elles remarquent chez les voisins des attitudes nettement contraires et ouvertement hostiles.

« Nouveau déménagement pour aller se fixer rue P... Là, surtout, les voisins se montrent méchants, malveillants. On voyait tous les jours des gens gesticuler qui les montraient au doigt pour se moquer d'elles. On n'entendait pas ce qu'ils disaient, mais on les voyait très distinctement causer entre eux.

« Dans la rue G..., où elles demeurent à présent, la persécution continue toujours, acharnée et impitoyable.

La situation est intenable, poursuit la jeune fille ; il arrive même que les voisins veulent nous faire du bien, mais seulement en apparence, car, en réalité, c'est pour nous faire du mal.

« Il y a neuf mois, la plus jeune des sœurs, Esp., tomba malade ; elle se plaignait de maux d'estomac. Leur médecin habituel, le D^r T. Y..., étant en voyage, on appela son remplaçant, le D^r M..., mais la famille trouva fort étrange qu'il n'y eût aucun avis à la porte du médecin absent. Ceci coïncida avec un autre fait bizarre : « Nos voisins, continue la personne en question, avaient appris que nous allions chercher un médecin, ce qui leur paraissait très étonnant, étant donné que je ne réussissais à obtenir aucun emploi, victime toujours de la plus flagrante injustice ; et, d'autre part, ce qui confirma mes soupçons, c'est qu'un jour, comme j'étais allée au Palais du Gouvernement pour solliciter un emploi et que j'attendais M. B..., je vis sortir le D^r C..., et les deux hommes causèrent un moment ensemble, ce qui m'induisit immédiatement à croire que la Société philanthropique « Cristóbal Colón » a dû être avertie de notre situation précaire pour la divulguer et nous porter préjudice. »

« Après ce discours extravagant et bizarre, elle nous raconta encore que le D^r M... ne plut pas à la petite malade. Celui-ci apparemment, ému de pitié pour elle, déclara qu'il ne s'agissait que d'une indisposition. Avant de s'en aller, il promit un secours et une recommandation ; le secours fut envoyé par la « Cristóbal Colón » et la recommandation fut efficace, car on lui offrit à elle la direction d'une école dans le département de Minas. La Société « Cristóbal Colón » continue encore à envoyer tous les jours à la famille le secours promis.

« Mais cet intérêt devait nous paraître étrange. En effet, si l'enfant n'était qu'indisposée, dit-elle, le D^r M... ne devait pas m'offrir une recommandation, puisque tant de sollicitude ne pouvait manquer de paraître suspecte et intéressée. »

« En conséquence, elle refusa l'école qui lui était offerte et qui d'ailleurs ne lui convenait pas ; et, loin de remercier le D^r M... de sa gentillesse, elle est persuadée que celui-ci était déjà à la tête de la persécution

organisée contre la petite malade. Celle-ci toutefois parvint à se rétablir et le mieux continua pendant quelque temps.

« Trois mois après, la petite retombe malade, prise de maux d'estomac et une jambe enflée. Ce fait leur paraît extraordinaire. Mais c'est que le lait fourni par la « Cristóbal Colón » n'était pas de bonne qualité puisque le laitier leur avait recommandé de faire bouillir ce lait : forcément, il devait contenir des substances nuisibles, et tout cela cachait une vengeance de cette institution de bienfaisance, surtout de M. F..., qui les menaçait parce qu'elles avaient présenté à la direction de l'Instruction primaire une plainte contre la « Cristóbal Colón » qui était intervenue dans leurs affaires à l'instigation du D^r M... qui leur en veut. Elle est convaincue maintenant que cette société (qui pourtant lui envoie chaque jour le secours promis) a empêché la résolution favorable de sa nouvelle pétition d'emploi, car on lui a répondu négativement et on lui a conseillé de ne pas insister vu que son avenir serait très triste, et elle doit s'en préoccuper sérieusement parce qu'elle en est seule responsable.

« A partir de ce moment, la situation empire. On appelle le D^r D. C..., et malgré son assistance, ou plutôt à cause de sa complicité dans le crime, l'enfant succombe brusquement.

« Mais quelle mort mystérieuse ! Deux voisins accourent pour les aider à veiller le cadavre. L'un d'eux paraissait être le cocher du D^r N. S..., qui, appelé au dernier moment, n'était pas encore arrivé. Il était là... et pourquoi?... L'autre devait être son complice. Le D^r A... aussi, qui demeurait tout à côté, devait en savoir quelque chose, parce que, bien qu'il n'eût pas été appelé, il était nécessairement de la partie, simplement par raison de voisinage.

« Le corps fut veillé ainsi pendant deux jours. Comme le cadavre n'exhalait aucune mauvaise odeur, leur pauvre petite sœur ne pouvait pas être morte. Etrange veillée mortuaire ! Cette mort n'était qu'apparente ou bien elle était tout à fait extraordinaire. Le D^r G. P..., appelé à donner son avis, déclara que la mort était bien réelle. Mais, naturellement, protesta-

t-elle, que pouvait-il dire autre chose si la personne qui l'envoyait voulait prouver seulement que la malade était morte sans assistance et faire voir qu'elles ne se préoccupaient pas de leur sœur ?

« Le jour même de l'enterrement, on sentit dans la maison une odeur tout à fait particulière qui leur produisit une drôle et curieuse terreur ; elles se sauvèrent alors dans la rue. C'était le moment qu'attendaient les voisins, qui d'ailleurs ne faisaient que chuchoter entre eux, pour déclarer qu'elles étaient folles et ils se mirent à courir pour leur faire peur. Dans tout cela, la police n'intervenait pas parce qu'elle était aussi leur ennemie. Des agents du VI^e arrondissement se présentent enfin, mais l'affaire ne leur incombait pas ; puis arrivent ceux du X^e, mais trop tard, chose étonnante ! Enfin, ces agents les obligent à rentrer chez elles et font leur possible pour les faire passer pour folles. L'enterrement finit par avoir lieu malgré tout.

« Les jours suivants, l'air continua d'être infecté. Elles dormirent plusieurs nuits complètement habillées et le balcon ouvert malgré le froid. La police revint tous les jours, accompagnée d'un émissaire de la Société philanthropique « Cristóbal Colón », croyant qu'ils allaient les trouver folles. Le médecin de police, D^r T..., vint aussi les visiter et il alla personnellement à la pharmacie voisine pour leur faire préparer un médicament. Une dame qui l'accompagnait remarqua qu'il payait de sa poche, après avoir assisté lui-même à la préparation de l'ordonnance, qui devait être prise toutes les demi-heures.

« Elles prirent la potion : leur amie regardait sa montre de temps en temps et les observait l'une après l'autre, surtout la plus jeune ! Or, justement celle qui est actuellement au Manicome tomba malade immédiatement après avoir pris cette médecine ; les autres en éprouvèrent aussi la pernicieuse action, car elles ont encore des cauchemars et souffrent de maux de tête.

« Pour en finir, un autre médecin de police, le D^r F..., apparut, pris des notes et conseilla le transport de la malade à l'hôpital, ce qui fut fait, et de là elle fut conduite au Manicome. C'est, d'après leur dire, le seul médecin honnête dans cette ténébreuse affaire, car il

leur a été envoyé par les seuls amis qu'ils ont et qui demeurent en face de chez eux. »

Il faut avoir entendu la personne qui nous a fourni ces renseignements pour se rendre compte du degré de conviction profonde qui domine ces malheureuses gens, pour comprendre la série interminable de leurs souffrances qu'elles considèrent naturellement non méritées ; mais on est surtout frappé de l'air de conviction absolue dont fait preuve, à chaque instant et avec un véritable enthousiasme, la plus jeune qui écoute très attentivement et sans en perdre un mot la narration de son aînée ; tout à coup, elle l'interrompt pour lui faire remarquer qu'elle a oublié un détail auquel elle attache une grande importance, et elle révèle dans son observation une vivacité de geste et de regard qui prouve clairement que la pauvrete s'est assimilé, revu, corrigé et augmenté le plan délirant de l'aînée.

Complétons cette lamentable histoire par quelques renseignements sur la mère. Cette dame qui, pendant la vie de son mari, refusait de croire à tant de méchanceté, en est arrivée petit à petit, en présence de tant d'insistances et de raisonnements de la part de ses enfants, à partager en tout les convictions filiales et elle m'a déclaré dernièrement que je lui rendrais le plus grand service si je pouvais la recommander pour lui faire obtenir une occupation quelconque, dans le but, principalement, de pouvoir refuser les secours de la Société philanthropique dont elle ne prononce le nom qu'avec horreur, mais dont l'aide lui est encore nécessaire, puisqu'elle ne dispose d'aucune autre ressource pour vivre.

Quant à la malade internée, elle acceptait d'abord tous les raisonnements de sa sœur Fr... ; mais après une séparation de quelques mois, elle avait presque entièrement oublié ou abandonné ses mauvaises idées.

Malheureusement elle retourna au sein de sa famille pendant un temps assez long pour retomber dans ses anciennes préoccupations et elle nous est revenue triste, déprimée, abattue, pour suivre de nouveau le traitement.

Disons, en finissant, que cette famille continue d'être encore aujourd'hui dans la même situation d'hostilité à l'égard de ses voisins, et que ce délire d'interprétation de persécutions bizarres s'est étendu dans ces derniers temps à un oncle et à un cousin qui ont voulu venir en aide à leurs parentes et qui ont été repoussés avec indignation. Elles ont voulu même faire croire qu'il n'existe aucun lien de parenté entre eux et elles, mais je sais qu'il en est autrement, même par leurs propres déclarations antérieures.

L'observation que nous venons d'exposer et de décrire présente bien clairement un cas de folie familiale des plus abondants. Nous avons ici, en effet, sept malades. Le père était sûrement paranoïque avec délire processif et une nuance de persécuté-persécuteur. Son fils unique est interné depuis longtemps. Ses quatre filles, dont une morte, n'ont pas fléchi un moment dans leur croyance à une persécution aujourd'hui universelle. Et, enfin, la mère ne cache nullement que ce qu'elle croyait jadis une chimère, est devenu maintenant l'épouvantable réalité qui les accable.

Si l'on considère que ces personnes qui sont de la même famille et qui, comme de raison, ont mené la même vie, ont souffert les mêmes influences, ont été exposées aux mêmes vicissitudes, il faudra reconnaître que les conditions étudiées par Lasègue et Falret dans leur célèbre mémoire comme nécessaires à la production de la folie communiquée, ont été dans ce cas largement réalisées.

Cela établi, il devient facile d'interpréter l'histoire qui nous occupe. Cette famille dont les enfants sont

certainement héréditaires, c'est-à-dire prédisposés, se développant dans une atmosphère créée et maintenue par son chef qui ne manque pas d'une certaine ressemblance avec le héros de Cervantès, atmosphère d'inquiétude, de soucis et d'hostilité supposée de la part des voisins et de leurs connaissances, cette famille, dis-je, a senti son bien-être troublé, et interprétant tout d'après un faux critérium, elle a vu se produire l'état actuel, continuation et conséquence de la folie paternelle. Mais, comme il arrive toujours, à mon avis, et comme je l'ai soutenu en 1904, cette folie n'a pas été simultanée, bien que tous les sujets aient vécu dans le même milieu et qu'ils aient subi les mêmes épreuves.

Le père, engagé dans une situation de violence, tombe poignardé. Son fils, entré dans la voie et fortement éprouvé, est immédiatement victime de la démence précoce. A ce moment, l'une des filles, l'aînée, la plus intelligente, la maîtresse d'école, la plus capable d'organiser un délire coordonné, adopte le rôle d'agent actif et pousse dans le chemin tracé et signalé par les idées paternelles, peu à peu, mois par mois, an par an, tous les autres membres de la famille, à commencer par la plus jeune qui est aujourd'hui la plus convaincue, pour terminer par la mère qui, il n'y a pas longtemps, ne voulait pas croire de telles absurdités, mais qui, aujourd'hui, accuse son frère lui-même. Il y a, dans ce processus, association de l'hérédité et de l'éducation. Il s'agit ici d'un délire communiqué par contagion. L'auteur a agi, non seulement par hérédité, mais surtout par influence immédiate en dehors de l'hérédité. On constate encore dans ce cas que la folie communiquée peut s'élargir et s'étendre, et, comme je l'ai déjà dit, que, de la folie « à deux » à la folie multiple, à la folie collective, à celle des multitudes, si bien commentée par Nina Rodriguez, il n'y a que des transitions.

Il faut encore ajouter qu'en dehors de ces conceptions délirantes, les gens dont nous venons de raconter l'histoire agissent d'une manière normale avec une appréciation exacte des choses.

Je désire appeler particulièrement l'attention sur l'étrange et rare modalité de l'interprétation dans le cas qui nous occupe. Les variétés présentées et décrites par MM. Sérieux et Capgras dans leur remarquable ouvrage ne coïncident pas avec la présente, quoiqu'il s'agisse bien ici d'un parfait délire d'interprétation.

En effet, il existe au fond de tous les cas que je connais et dans ceux des auteurs déjà cités, des faits réels que les malades exploitent, ou qui, du moins, n'ont aucune signification, ni bonne ni mauvaise, mais qui présentent une couleur, un aspect qui excuse la vraisemblance du contenu du délire. Ainsi, par exemple, les auteurs que j'ai nommés disent que : « Une bousculade dans la rue est l'indice d'un guet-apens ; une tache sur ses habits, le plus évident des outrages. Ses pantalons sont déchirés, ses chaussures usées par des procédés savants. On refuse de lui serrer la main ou on la lui serre froidement ; il reçoit des coups de chapeau ironiques. » Il y a donc des faits qui, communément, n'ont aucune signification ou qui n'en ont qu'une banale.

Eh bien, dans notre cas, il y a autre chose, il y a précisément tout le contraire : il existe des faits évidents de bonne volonté active envers eux, de protection, d'aide, de secours, très favorables aux malades, mais qui sont interprétés dans un sens absolument opposé. Il y a non point ce qu'ont trouvé ces auteurs avec Dupré, Deny et Camus, l'absence d'auto-critique, il y a une inversion de la critique, une subversion profonde du critérium.

La malade, M^{lle} Fr..., dit clairement : « La situation est intenable ; il arrive même que les voisins veulent

nous faire du bien, mais seulement en apparence, car en réalité c'est pour nous faire du mal. » Cette façon d'apprécier la conduite des autres traduit bien la profonde modification de sa logique : c'est le comble de l'antilogique.

Et cela est bien évident, puisque toutes ses accusations vont justement contre des faits et des personnes qui leur ont été de primordiale utilité dans la vie et sans le secours desquelles la famille n'aurait pu vivre.

En effet, au commencement, les protégés de son père deviennent ses ennemis, et le chirurgien qui l'opéra mit criminellement un terme à sa vie.

Une famille touchée de leur malheur et de leur pauvreté met chez elles du linge et quelque argent : elles accusent leurs voisins de mystification pour les faire passer comme voleuses. Le fils d'un voisin qui désire être l'ami de son frère est la cause directe de la folie de celui-ci. Le Dr M..., ému de pitié en présence de tant d'infortune, obtient pour elles un secours dont elles profitent encore et une place : le Dr M..., à leur avis, n'est qu'un grand criminel qui n'aurait pas dû les protéger. La Société philanthropique « Cristóbal Colón » surtout est leur ennemi le plus terrible, bien que jusqu'ici elles reçoivent chaque jour un subside de cette charitable institution, chose étonnante, et néanmoins cette Société est l'inique, l'infâme ! Même le lait qu'elle leur fournit doit être dangereux parce que le laitier a conseillé de le faire bouillir ! Le Dr C... arrive ensuite pour assister la petite et... il la tue ! Le Dr T... va personnellement à la pharmacie, fait préparer une ordonnance, la paye de sa poche. Pourquoi ? C'est un criminel ! Et il leur fait prendre le médicament toutes les demi-heures, montre en main !

Toute tentative faite dans le but de leur être utile est immédiatement soupçonnée de cacher en réalité l'inten-

tion de les persécuter, de les faire souffrir. Elles en sont arrivées ainsi, dans leur interprétation malade, à méconnaître et refuser tout lien de parenté avec un oncle et un cousin qui, ayant appris à la dernière heure la détresse de leurs parentes, offrirent de les secourir même pécuniairement. Comme j'avais autorisé un jour la visite du cousin à la malade confiée à mes soins, je fus averti que cet individu n'était pas parent et ne devait pas la visiter. En conséquence, ils se sont abstenus de s'occuper d'elles, peu encouragés par ce singulier accueil.

Pour elles, le seul médecin honnête est le Dr F..., précisément celui qui ordonna la réclusion de la malade actuelle.

Ce cas est en vérité bien curieux et semble une modalité quelque peu paradoxale : c'est un vrai *délire d'interprétation antilogique*.

Les situations de conflit créées par cet état de choses n'ont pas été, jusqu'à présent, assez violentes ni assez bruyantes pour procéder de force à la séparation totale de la famille, à la désorganisation thérapeutique, seul moyen d'arracher quelqu'une de ces malades à l'aliénation.

L'avenir de ces pauvres gens continue ainsi, sombre et incertain.

LES TROUBLES MENTAUX

DANS LE TABES

Par le Dr V. TRUELLE

L'histoire des troubles mentaux dans le tabes est presque tout entière contenue dans celle de ses rapports avec la paralysie générale.

Avant même que Duchenne ait créé son type clinique de l'ataxie locomotrice progressive (1858-59), certains médecins (entré autres Calmeil) avaient signalé des cas de paralysie générale survenus chez des malades atteints de ce qu'on appelait alors des *myélites chroniques*. Plus tard, Baillarger (1), Westphall (1863), Jaccond (1864), Foville observent que, dans le cours de la maladie de Duchenne, peuvent apparaître des troubles mentaux imputables à la paralysie générale progressive. Magnan, en 1866, puis dans ses leçons cliniques professées à Sainte-Anne (1871), communique un cas de ce genre, avec, cette fois, l'appui d'un examen anatomopathologique concluant. Fournier vient enfin apporter à ce problème une solution qui, jusqu'à présent, semble définitive. Ayant démontré l'origine commune parasymphilitique de ces deux affections, il explique par la notion d'une même étiologie leur coïncidence possible et même fréquente, justifiant ainsi, dans une certaine

(1) De la paralysie générale dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice et avec certaines paraplégies. *Annales médico-psychologiques*, 1862.

mesure, l'opinion émise dès 1866 par Strümpell que « la paralysie générale est le tabes du cerveau ».

Reprenant et développant cet axiome posé par Fournier : « L'ataxie n'est pas une maladie de la moelle, c'est bien plutôt une maladie de l'axe cérébro-spinal », Nageotte (1) établit que l'immense majorité des cas de tabes avec troubles mentaux, ressortissent à la paralysie générale. Et cette association tabéto-paralytique fréquente, ou plutôt cette « réunion sur le même névraxe de processus reliés par les plus étroites affinités », peut se manifester sous trois modes différents : selon que l'encéphalite chronique diffuse débute à une période avancée du tabes (paralysie générale par propagation ascendante de Magnan; paralysie générale post-tabétique de Garbini), ou bien qu'elle évolue en même temps que la sclérose postérieure (tabes cérébro-spinal de Fournier, tabo-paralysie de P. Marie), ou enfin, circonstance non moins fréquente peut-être, que la paralysie générale précède le tabes (paralysie générale descendante). Nous ne pousserons pas plus avant l'étude de cette partie de la question. Elle est partout développée. En particulier, Dupré l'a fort bien mise au point dans son article « Paralysie générale », du *Traité de médecine mentale* de Ballet. Rappelons seulement pour mémoire les thèses de Gruet (2) et de Naggar (3), et surtout celle de Perpère (4), dont on trouvera une étude partielle dans l'article de Dupré signalé plus haut.

C'est donc à l'heure actuelle un fait presque universellement admis, qu'une grande partie, sinon la majo-

(1) Nageotte. *Tabes et paralysie générale. Th.* Paris 1893.

(2) Gruet. *Etude clinique sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice.* Paris, 1882.

(3) Naggar. *Folie et tabes.* Paris, 1896.

(4) Perpère. *Etude des associations tabéto-paralytiques.* Paris, 1903.

rité des troubles mentaux observés dans le tabes, ressortissent à la paralysie générale.

Est-ce à dire qu'en dehors de cette complication ou association paralytique il n'existe pas de troubles mentaux dans le tabes ? Evidemment non. Chacun s'accorde à reconnaître la possibilité de psychoses apparaissant au cours de l'ataxie, et on ne voit pas, en effet, pourquoi cette affection mettrait les malades qui en sont atteints à l'abri de psychopathies d'origine et de nature diverses. Mais où la question se complique et où naissent des divergences d'opinion, c'est quand il s'agit de savoir s'il est possible, fréquent ou rare, d'observer, en dehors des faits précédents, des troubles psychiques qui soient sous la dépendance directe ou indirecte, immédiate ou médiate, du tabes.

A l'époque pour ainsi dire préhistorique où l'ataxie était rangée parmi les névroses, il semblait naturel d'admettre avec Steinthal (1844) la fréquence dans cette maladie de troubles de l'esprit, et en particulier de modifications du caractère. Bien vite d'ailleurs, il y eut des discordances : Trousseau, Grisolles insistent sur l'intégrité persistante des facultés intellectuelles dans cette affection. Topinard, dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine (1864), estime au contraire que l'ataxie locomotrice peut, dans un dixième des cas, se présenter sous une forme cérébrale caractérisée par de la diminution de la mémoire, de la céphalalgie, des étourdissements avec perte de connaissance, des absences, des crises de manie ou de démence. Mais, à la vérité, selon la remarque de Nageotte, il semble bien qu'il s'agisse, dans les cas publiés, de paralysies générales méconnues ou arrêtées dans leur évolution par une mort prématurée. Ludwig Kirn (1) donne

(1) L. Kirn. *Allg. Zeitsch. für Psych.*, 1869.

l'observation d'une affection cérébro-spinale constituant une forme phrénopathique du tabes, différente de la paralysie générale. Obersteiner (1) estime que les troubles psychiques sont fréquents dans l'ataxie, et il les range en deux groupes distincts : d'une part, ceux qui ne dépendent pas directement du tabes et n'y figurent qu'à titre de complications survenues par le moyen de causes accidentelles ; d'autre part, ceux qui, par suite d'une propagation à l'encéphale des lésions primitivement médullaires, en dérivent immédiatement : ce sont des modifications souvent peu prononcées du caractère, qui devient plus difficile, ou bien une certaine mollesse, de l'apathie, parfois de l'hypocondrie. Luys (2) signale de même ces modifications de l'humeur et du caractère qui, dit-il, font souvent méconnaître aux tabétiques leur véritable situation ; mais il ajoute : « Ces troubles psychiques, parfois très accentués, sont, le plus souvent, ceux de la paralysie générale. »

Gruet (3) est beaucoup plus affirmatif. Il s'efforce de réunir dans sa thèse une quinzaine d'observations, les unes personnelles, les autres empruntées à différents auteurs, en particulier à Topinard et à Obersteiner, et où, selon lui, il conviendrait de voir des cas de troubles mentaux en relation étiologique directe avec le tabes. Ces troubles pourraient, à la période du début, revêtir une symptomatologie rappelant celle de la phase initiale de la paralysie générale : modifications du caractère et des habitudes, perte du sentiment des convenances, actes extravagants ou répréhensibles, euphorie ou irritabilité non justifiées, parfois même tendances ambitieuses plus ou moins développées.

(1) Obersteiner. *Wiener med. Wochensch.*, n° 30, 1875.

(2) Luys. *Traité clinique des maladies mentales*, 1881.

(3) Gruet. *Th.* citée.

Or, il n'est pas bien démontré que ce ne soient pas là réellement des cas de paralysie générale *incipiens*. D'autre part, à la période d'état du tabes on pourrait toujours, selon Gruet, voir apparaître d'autres troubles mentaux, soit limités à de simples modifications du caractère devenant tantôt plus facile et plus insonciant, tantôt plus défiant et plus irritable, soit caractérisés par des accès mélancoliques, hypocondriaques, ou nettement délirants, le plus souvent hallucinatoires, et accompagnés d'une asthénie psychique particulière. Mais ici non plus, les observations citées ne paraissent pas nettement concluantes ; l'hérédité des malades mis en cause est profondément chargée, ou bien l'auteur note des excès alcooliques pouvant à eux seuls justifier l'éclosion des accidents décrits. D'ailleurs, voici quelles sont, résumées, les conclusions de Gruet :

« Les troubles intellectuels sont rares dans l'ataxie locomotrice (1)... Ils peuvent se produire dans trois circonstances :

« 1° Quand l'altération médullaire envahit l'encéphale (abstraction faite de l'encéphalite chronique diffuse).

« 2° Par simple répercussion sur les centres nerveux de certains symptômes propres à l'ataxie (douleurs, perte subite de la vision, etc...).

« 3° L'ataxie peut devenir la cause occasionnelle de l'éclosion de troubles mentaux chez des prédisposés héréditaires ou acquis. »

Neebe (2) estime également que le tabes peut par lui-même « prédisposer aux psychoses » :

1° Parce qu'il amène des troubles de la nutrition générale.

(1) L'auteur a éliminé dès le principe les troubles intellectuels dus à une paralysie générale associée.

(2) Neebe. Th. de Strasbourg, 1885.

2° Parce que l'irritation provoquée par la lésion médullaire peut retentir sur le cerveau.

3° Parce que les troubles de la sensibilité qui le caractérisent peuvent engendrer des sensations erronées, et même des hallucinations ; d'où des interprétations délirantes secondaires.

Simon, cité par Krafft-Ebing (1), décrit une variété progressive de démence tabétique dans laquelle l'affaiblissement intellectuel et l'ataxie ont un début simultané, et qui aurait la physionomie de la démence sénile. Kraepelin (2) signale comme « plus spécialement caractéristiques du tabes » des psychoses hallucinatoires à marche généralement aiguë, parfois récidivantes, mais sans affirmer que ces troubles soient directement et uniquement conditionnés par l'ataxie locomotrice. On observerait encore d'après lui, dans le tabes, « un affaiblissement intellectuel moins profond, où la mémoire et l'attention ne sont pas aussi troublées que dans la paralysie générale ».

Plus affirmatif encore avait été un élève de Pierret. Rougier (3) pense, en effet, démontrer qu'il existe « une affection mentale spéciale au tabes, une sorte de lypémanie avec délire de persécution » ; caractérisée par un état généralement dépressif, des troubles sensoriels multiples et des interprétations à forme d'idées de persécution. Mais Nageotte, qui a pris soin d'analyser les observations publiées dans cette thèse, trouve quatre paralytiques généraux parmi les cinq malades cités. L'explication pathogénique invoquée par Rougier était cependant séduisante. C'est celle développée par son maître au congrès de Blois.

(1) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, traduct. Laurent, 1897.

(2) Kraepelin. *Psychiatrie*, 1904.

(3) Rougier. *Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques*. Th. de Lyon, 1882.

Partant de ce principe que le tabes est une « maladie du système centripète », c'est-à-dire des voies nerveuses d'accès ou voies sensitives ; considérant que la sclérose inflammatoire qui le caractérise, pour systématique qu'elle soit, n'est pas cependant continue et limitée au seul neurone périphérique et à la moelle, mais qu'elle s'étend au cerveau, Pierret(1) pense pouvoir localiser en certaines régions spéciales des circonvolutions ces lésions inflammatoires diffuses cortico-méningées du tabes. « Cette sclérose systématique, dit-il, intéresse également le cerveau dans cette région du cortex que l'on sait très bien être aujourd'hui le point où toutes les impressions venues du dehors viennent en fin de compte acquérir la modalité psychique », c'est-à-dire « dans la moitié postérieure des hémisphères. » De là cette ingénieuse théorie susceptible d'expliquer la genèse des troubles mentaux particuliers observés dans ce « tabes psycho-sensoriel » : altération des voies d'accès et de projection du système sensitif, troubles profonds dans la réception des sensations, douleurs et troubles sensoriels réels ou illusoire, raisonnements erronés et maladifs interprétant ces sensations ; délire triste à forme d'idées mélancoliques, hypocondriaques ou de persécution.

Et Pierret décrit de la façon suivante le « délire pur, caractéristique, du tabes dorsalis » :

« Il débute par un état lypémanique parfaitement justifié par toutes les souffrances endurées par le tabétique... Il s'organise peu à peu... il est caractérisé par des hallucinations multiples... Au début, il n'est que le résultat d'une interprétation fautive des sensations étranges éprouvées... C'est un délire de persécution

(1) Pierret. Rapport de la paralysie générale et des tabes. *Congr. de méd. mentale*, Blois, 1892.

greffé sur des troubles sensoriels indubitables ; d'où un caractère de fixité et une vraisemblance qui permettent de le reconnaître pour peu qu'on s'en donne la peine.....

« Sur cet état lypémaniaque peuvent se greffer de véritables bouffées mégalomaniaques, qui, peu à peu, deviennent plus fréquentes, plus tenaces, et finissent par constituer une sorte de paralysie générale mixte ; peu à peu, une vraie démence s'établit, mais qui garde le caractère sensoriel ; les tabétiques déments sont toujours infiniment moins niais que les paralytiques généraux vulgaires. »

Et, pour mieux marquer la séparation et en même temps le rapprochement de cette démence tabétique et de la paralysie générale vraie, Pierret, complétant sa théorie, décrit, à côté de ce tabes psycho-sensoriel, un tabes psycho-moteur, qui, lui, est localisé aux voies nerveuses motrices. Quant à « la forme des troubles mentaux qui accompagnent cette variété (motrice) cérébro-spinale de la sclérose systématique, c'est la démence paralytique pure, la paralysie générale sans délire ».

Voici donc qui est bien net. Il existerait dans le tabes sensoriel ou tabes vulgaire, une psychose qui lui serait particulière, qui se manifesterait sous une symptomatologie clinique spéciale, qui serait susceptible de se terminer par une démence différente de la démence paralytique commune, et dont la cause résiderait précisément dans les lésions systématiques propres au tabes et dans leur propagation à certains points du cortex. Mais il ne semble pas que cette conception d'une psychose et d'une démence directement dépendantes de l'ataxie locomotrice et conditionnées par des lésions nettement différenciées ait été généralement admise. On est d'ailleurs assez peu renseigné sur l'histologie pathologique cérébrale du tabes. On trouve bien signalées

partout les deux observations de Jendrassik (1), où fut constatée la disparition des fibres corticales et en particulier des fibres tangentielles, lésion singulièrement identique à celle observée dans la paralysie générale, mais en différant toutefois par sa localisation principale dans les circonvolutions postérieures et inférieures; Strümpell (2) retrouve bien les mêmes lésions dans certains cerveaux de tabétiques; Nageotte (3) a bien observé parfois des lésions névrogliales et vasculaires diffuses analogues à celles de la paralysie générale et qu'il identifie d'ailleurs avec celles de cette affection; il ne semble pas que ce soient encore là des données suffisantes.

Quant à la localisation postérieure des lésions corticales tabétiques, elle n'apparaît pas elle-même démontrée par un nombre de faits probants; de plus, « cette région du cortex où toutes les impressions venues du dehors viennent en fin de compte acquérir la modalité psychique », est loin d'être aussi nettement connue et délimitée à l'heure actuelle que Pierret l'avancait en 1892. Ce qui manque encore pour affirmer l'existence d'une psychose démentielle propre au tabes et différente de la paralysie générale, c'est, ainsi que le disait Nageotte, un nombre suffisant de preuves anatomo-pathologiques, et cliniques aussi, puisque souvent les partisans eux-mêmes de cette démence tabétique l'identifient au point de vue des symptômes avec la démence paralytique.

Il ne semble donc pas démontré à l'heure actuelle que l'ataxie puisse en elle-même occasionner une démence ou un délire qui lui soient propres. En dehors de l'asso-

(1) Jendrassik. *Deutsch. Arch. für klin. Med.*, XLII, 1888.

(2) Strümpell. Congrès international de Berlin, 1890.

(3) Nageotte. Ouvrage cité.

ciation paralytique, les troubles mentaux y seraient par suite rares et, somme toute, accidentels.

C'est la conclusion que l'on trouve formulée dans la plupart des traités modernes. « Lorsqu'il ne s'accompagne pas de paralysie générale, le tabes évolue presque toujours sans troubles intellectuels », dit Dupré (1). Ceux qui, comme Krafft-Ebing (2), déclarent que « au cours de l'ataxie locomotrice on observe souvent des troubles psychiques », n'ont pas pris soin de faire le départ des cas où il y avait association tabéto-paralytique.

Il est cependant une circonstance particulière où, d'après quelques auteurs, on verrait plus volontiers des troubles mentaux apparaître au cours du tabes : c'est lorsque celui-ci revêt la forme amaurotique.

Il y aurait même là, selon Léri (3), une variété encéphalique du tabes qui mériterait une place à part dans la nosographie nerveuse, « cette amaurose dite tabétique étant aussi proche de la paralysie générale que du tabes dorsal ». Récemment Ballet et R. Glénard (4) présentaient deux cas de tabes avec atrophie optique et troubles hallucinatoires et délirants qui sembleraient confirmer cette opinion. Parhon et Minea (5) signalent la présence de l'amaurose dans un grand nombre de cas de tabes où fut relevé le syndrome délirant décrit par Pierret et Rougier ; et ils citent à l'appui l'observation d'une femme de soixante-dix ans, chez laquelle,

(1) Ball-t. *Traité de Médecine mentale*.

(2) Krafft-Ebing. *Traité de Psychiatrie* (traduct. E. Laurent), 1897.

(3) Léri. *Cécité et tabes*. Th. de Paris, 1904.

(4) Ballet et R. Glénard. A propos des troubles hallucinatoires et délirants observables chez les tabétiques. *Soc. de Psychiatrie*, 19 novembre 1908.

(5) Parhon et Minea. Contribution casuistique à l'étude des troubles mentaux dans le tabès. *Congrès de Lille*, 1906.

d'ailleurs, l'autopsie démontra la présence de lésions d'encéphalite chronique diffuse rattachées à la paralysie générale par les auteurs eux-mêmes. Nous n'insisterons pas autrement sur ce point particulier qui mériterait encore des éclaircissements complémentaires.

Si les auteurs s'accordent généralement pour affirmer la rareté dans l'ataxie locomotrice des troubles intellectuels proprement dits (abstraction faite de l'encéphalite chronique), on trouve par contre, fréquemment notées, des modifications de l'humeur et du caractère qui, pour certains, auraient une valeur spéciale. Nous avons déjà vu précédemment ces modifications signalées par Rougier, Gruet, Luys, Obersteiner, etc... P. Marie (1) oppose à l'intégrité habituelle des facultés intellectuelles chez les tabétiques, la fréquence des troubles moraux qu'ils présentent. Ainsi que nous l'avons vu, ceux-ci consistent tantôt en une irritabilité plus grande, tantôt en une indifférence remarquable et en une euphorie que ne justifie pas la gravité des symptômes présentés par les malades. Kraepelin (2) insiste particulièrement sur cet état mental : « De légers troubles psychiques se rencontrent assez souvent, dit-il, dans le cours du tabes. Une certaine incertitude de la mémoire, de la fatigue, mais surtout des modifications de l'humeur sont au premier plan. Beaucoup de tabétiques deviennent sombres, ont perdu tout espoir, sont tourmentés de craintes et de pensées tristes ; d'autres, au contraire, surprennent par leur bonne humeur excessive, la légèreté avec laquelle ils supportent leurs souffrances, l'assurance avec laquelle ils envisagent l'avenir. »

On peut se demander, il est vrai, si cette distinction

(1) P. Marie. *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892.

(2) Kraepelin. Ouvrage cité.

des troubles mentaux en intellectuels et moraux n'est pas un peu spéciense et purement didactique. Utile pour l'étude analytique de la psychologie élémentaire, cette séparation en diverses facultés ou fonctions de la vie psychique apparaît dans la clinique mentale comme bien artificielle et bien difficilement applicable. Une perversion ou une diminution des sentiments ou de l'affectivité doit nécessairement retentir sur ce qu'on appelait jadis les autres facultés de l'âme. Nous n'insisterons pas sur ces considérations d'ordre général. Dans le cas particulier qui nous intéresse, s'agit-il chez ces tabétiques irritables et déprimés ou indifférents et euphoriques, d'un trouble purement moral, sentimental et affectif, ou bien d'une perversion des perceptions et d'un défaut de jugement? Ces modifications du caractère, cette absence de concordance entre le ton émotionnel et les symptômes présentés, dont l'analogie est si frappante avec ce qu'on observe au début de la paralysie générale, et on pourrait dire au début de toute démence progressive, ces modifications et cette discordance ne sont-elles pas en réalité l'expression atténuée d'un affaiblissement psychique à sa période initiale, mais susceptible d'une évolution progressive? Et ainsi nous retomberions dans la question, discutée plus haut, de savoir s'il existe une démence propre au tabes et différente de la paralytique.

En résumé, nous admettons donc, avec la majorité des auteurs, que la pluralité des troubles mentaux observés dans le tabes ressortissent à la paralysie générale, sans qu'il soit vraiment possible de les différencier cliniquement ni histologiquement — bien entendu quant aux seules lésions cérébrales — de ceux de l'encéphalite chronique sans sclérose médullaire.

Parmi les tabétiques qui se trouvent actuellement à

l'asile de Moisselles, l'une qui fait objet de l'observation I, présente sans équivoque possible, ce double syndrome tabéto-paralytique, et son état mental n'a rien qui la différencie des paralytiques vulgaires.

Il ne semble pas démontré que l'on soit en droit de décrire une psychose tabétique (genre Pierret-Rongier), en relation directe de cause à effet avec l'ataxie locomotrice, et caractérisée par un syndrome mental particulier.

L'existence d'une démence tabétique primitive, ou terminaison d'un tabes psycho-sensoriel (Pierret), différente de la démence paralytique, est peut-être possible, mais elle n'apparaît pas à l'heure actuelle comme définitivement établie, cliniquement ni anatomiquement (Voir obs. III).

Beaucoup d'auteurs, bien que convaincus de la rareté, en dehors de l'association paralytique, des troubles mentaux dans le tabes, estiment qu'il est fréquent de rencontrer dans cette maladie des perturbations d'ordre moral ou plutôt affectif, d'allure particulière. On trouvera des exemples de ces troubles dans les observations II, III et IV résumées ci-dessous. Mais il nous semble qu'il convient de faire ici certaines réserves ; ces perturbations affectives nous paraissent être l'indice d'un affaiblissement psychique qui débute (obs. II et III), et dont la symptomatologie pourra peut-être plus tard être nettement rattachée à la démence paralytique ou en être plus sûrement différenciée. Peut-être aussi (obs. IV), cette sorte d'incohérence affective n'est-elle dans certains cas que l'expression d'un déséquilibre constitutionnel.

On a estimé enfin devoir faire récemment une place à part à l'amaurose tabétique, dont la symptomatologie est en effet souvent très spéciale, et différente de la vulgaire ataxie ; et on a admis que ces formes, où l'atro-

phie papillaire constitue le symptôme dominant du tabes, comportaient plus volontiers des troubles psychiques. Les exemples donnés jusqu'à présent ne nous paraissent pas à ce dernier point de vue bien concluants ; mais notre expérience encore trop brève ne nous permet pas d'insister davantage. On verra cependant que la malade qui fait l'objet de l'observation II, bien qu'ayant une amaurose tabétique typique, ne présente réellement qu'un minimum de troubles intellectuels.

Il est bien entendu que la sclérose médullaire postérieure n'est pas exclusive d'une affection mentale quelconque. Un délire fébrile, infectieux ou toxique, une vésanie constitutionnelle ou acquise, un syndrome dégénératif, en un mot, une psychose quelle qu'elle soit peut survenir au cours de l'ataxie sans qu'il y ait autre chose que coïncidence entre les deux maladies. Inversement, un tabes peut se développer dans les mêmes conditions chez un psychopathe. Il s'agit là d'associations banales et qui seraient sans intérêt si un certain nombre d'auteurs n'avaient fait remarquer que dans l'une ou l'autre hypothèse, mais surtout dans la première — psychose apparaissant au cours du tabes — la symptomatologie du trouble mental, la forme de celui-ci, pouvaient se trouver modifiées ou déterminées par les troubles organiques, moteurs ou sensitifs du tabes. Quelques-uns même (1), attribuant une importance peut-être excessive à cette influence des troubles tabétiques sur les psychoses concomitantes pensent pouvoir ranger selon un petit nombre de formes assez identiques à elles-mêmes, les syndromes psychiques rencontrés dans l'ataxie. Ceci nous semble un peu aventu-

(1) Voir en particulier Schüle, *Maladies mentales*, et Régis, *Précis de psychiatrie*, 3^e édition. Régis va même plus loin, et il admet l'existence de psychoses et de troubles psychiques élémentaires proprement tabétiques.

reux ; d'ailleurs les partisans eux-mêmes de cette façon de voir sont amenés à donner une telle énumération des différents « troubles psychiques élémentaires, psychoses et syndromes paralytiques » (1) observés dans le tabes que la pathologie mentale tout entière s'y trouve condensée.

On conçoit qu'un hypocondriaque par exemple, trouve facilement dans ses nombreuses sensations pénibles ou faussées, certains éléments de son délire. On comprend de même qu'un dégénéré ou un psychasthénique puisse, ainsi que l'ont montré Parisot, Dupré et Delarue, et ainsi qu'on le verra plus loin dans l'observation IV, présenter un syndrome délirant ou obsessionnel à forme de stasobasophobie plus ou moins durable en relation passagère et somme toute fortuite avec des troubles ataxiques. On admettra encore qu'un persécuté oriente volontiers des interprétations dans le sens des phénomènes douloureux ou paresthésiques qu'il éprouve.

Mais ceci même est loin d'être absolu, et à l'occasion de la communication signalée plus haut de Ballet et R. Glénard, Joffroy citait l'exemple d'une persécutée chronique, suivie par lui depuis huit ans, et qui jamais, à aucun moment, ne fit entrer dans son système délirant les douleurs fulgurantes qu'elle éprouvait (2).

En tout état de cause, ce ne sont là, à notre avis, que des contingences, curieuses peut-être, mais d'ordre extrêmement banal, et ne justifiant pas la création d'un chapitre spécial de la pathologie mentale qui serait intitulé « psychoses tabétiques » ni même « psychoses dans le tabes ».

(A suivre.)

(1) Régis. Ouvrage cité.

(2) Ségas et Vallon (*Ann. méd. psych.*, janv.-févr. 1909) signalent de même « un cas où tabes et délire de persécution semblent s'ignorer et évoluer chacun pour leur part ».

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

DÉLIRES DE CAUSE CHLORALIQUE

Par le Dr G. de CLÉRAMBAULT

Médecin adjoint de l'Infirmérie spéciale.

Suite (1).

V

TROISIÈME OBSERVATION. — Même malade que dans l'observation II. — Délire chloralique aigu simple. — Imprégnation superficielle, décours rapide. — Onirisme, analogies avec l'alcoolisme.

Le 8 janvier 1908, notre chloralique René H... était ramené à l'Infirmérie spéciale. D'après le procès-verbal d'envoi, il se serait présenté au commissariat accompagné de sa sœur, et celle-ci aurait déclaré : « Vers 2 heures du matin, mon frère voulait venir vous trouver pour faire arrêter des malfaiteurs imaginaires. Quelques instants après, il croyait être de retour d'une promenade sur les grands boulevards, et me reprochait de l'y avoir envoyé, parce qu'il en revenait extrêmement fatigué. Ensuite, il a réclamé un porte-monnaie qu'il m'avait remis, contenant 170 francs. Je n'ai pas voulu le lui restituer, craignant qu'il ne perde ou gaspille l'argent. Il a prétendu alors que son argent avait disparu cette nuit ; il a même ajouté qu'il en avait la certitude par des propos qu'il avait entendu tenir à des malfaiteurs. »

A son tour, René H... déclare au commissaire : « J'ai cessé mon service depuis trois ou quatre jours, en raison d'une affection arthritique. Comme je ne pouvais me soigner seul, ma

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre et novembre-décembre 1909.

sœur m'avait emmené chez elle. Cette nuit j'ai absorbé une fiole de chloral. Je me rappelle m'être réveillé vers minuit, et avoir vu réunis autour de moi les divers membres de ma famille. Je ne saurais dire ce que j'ai pu faire. Ce matin ma sœur n'a pas voulu me rendre 170 francs qui m'appartenaient, et elle m'a refusé toute explication. Elle me dit fou, je demande moi-même à être examiné. »

Il se présente moins égaré, moins trémulant que lors de sa précédente entrée. Interrogé par le médecin en chef, D^r Legras, il fait un récit détaillé de sa dernière nuit, ajoutant à plusieurs reprises : « Peut-être étais-je halluciné. J'ai dit que j'ai entendu des voix ; je n'ai pas dit que je les entendais. J'avais cru percevoir des voix de personnes de la maison que l'on ne voyait pas. J'étais dans un état de faiblesse excessive, et vers minuit j'ai aperçu tout le cercle de la famille autour de moi, alors que je m'étais couché à 9 heures du soir. J'avais repris du chloral cette nuit ; j'en prends quelquefois de temps à autre, lorsque j'ai de la peine à dormir. »

Comme on lui demande s'il veut voir sa sœur, il refuse d'abord, puis accepte avec une docilité tout aboulique. Il la reçoit froidement, lui demande des nouvelles du porte-monnaie qu'il lui avait confié en venant chez elle, s'embrouille dans le calcul du contenu de ce porte-monnaie, puis dans le calcul des prélèvements faits sur ce contenu depuis le dépôt, commet de nombreux lapsus, substituant sans motif le chiffre de 190 francs à celui de 170 francs, et *vice versa* ; finalement il assure qu'il ne voulait pas *ravoir* le porte-monnaie, mais seulement le voir représenter sur sa réquisition ; et il explique cette distinction en termes très administratifs.

La sœur assure que sur le moment il lui était impossible de comprendre ce que voulait au juste le malade, qu'il réclamait *tout son argent pour sortir*, et la soupçonnait, comme maintenant, de malversation. « Il voulait se rendre au commissariat pour faire une déclaration. Il disait avoir vu des brigands dont nous étions les complices. »

Le malade nous explique, en effet, qu'il avait entendu des voix parlant de vols commis dans la maison, de porte-monnaie volés, et « chose plus curieuse » de sommes de 170 francs, « c'est cette coïncidence qui m'a mis en méfiance (*sic*) ».

D. — Avez-vous vu les malfaiteurs dont vous parliez ?

R. — Non. J'ai entendu seulement des bruits de voix étrangers à ceux de ma famille.

D. — Il n'y avait que votre sœur et votre tante ?

R. — Il y avait encore mon cousin et ma cousine.

D. — Non. Il n'y avait là que deux personnes ?

R. — Dans mon idée il y avait encore d'autres voix. *J'ai eu des hallucinations.* Si j'ai la certitude morale de recouvrer mes 170 francs, l'affaire est terminée. Je suis un homme absolument sans violence.

Malgré cette affirmation catégorique, il se reprend, un instant après, à douter de revoir son dépôt. L'assurance que nous sommes témoins, et garants, voire sous forme écrite, de l'engagement que sa sœur vient de prendre, le rassure pour quelques instants ; puis il renouvelle les mêmes doutes. C'est là un trait que nous commenterons. (*Etat de doute.*)

La sœur nous donne ensuite les renseignements suivants : Durant son séjour à Sainte-Anne, le malade lui aurait paru s'améliorer très rapidement. Cinq jours après son entrée, il était encore fatigué et, par instants, cherchait ce qu'il avait voulu dire, mais il était calme, et ne parlait plus d'hallucinations, ni d'irritation cutanée. Au bout de douze jours, il lui avait paru tout à fait bien portant.

Après sa sortie, il avait bientôt recommencé à loger seul ; quinze jours après sa libération il reprenait son travail. Il ne visitait pas sa sœur, et celle-ci ne le visitait pas, de peur de paraître le surveiller.

Au début de décembre, se sentant malade, il avait demandé un congé de douze jours, durant lequel il aurait beaucoup souffert. Le médecin de son administration « qui le connaît bien » avait attribué au rhumatisme, ou mieux à l'arthritisme, les douleurs aiguës dont il se plaignait (douleurs chloraliques).

Durant les derniers jours de décembre, il se surmène, en raison du service afférent à ce moment de l'année ; tantôt il veille officiellement, tantôt il ne peut plus dormir.

Le samedi 4 janvier, la concierge du malade envoie à sa sœur un télégramme ; le lendemain 5 janvier, elle lui parle d'hallucinations. Le malade, qui se plaint de douleurs aiguës, *dans les muscles*, spécialement aux membres, se décide facilement à venir se soigner chez sa sœur.

Ce dimanche 5, le malade se montre très heureux de n'être plus chez lui ; mais dans la nuit il ne dort pas. Sa sœur et sa tante, réveillées par ses allées et venues, remarquent son tremblement, et le trouvent occupé à suivre du regard, en clignant beaucoup des paupières, diverses visions. Bien loin d'en être

effrayé, il les décrit avec complaisance. « Je vois des bêtes, tout me paraît bleu... c'est le résultat de ma grande fatigue. »

Dans la nuit du 6 au 7, même insomnie. *Il voit des statuettes se faire des signes.* Des effets accrochés à une patère deviennent pour lui des malfaiteurs; il y a des malfaiteurs dans toutes les chambres. Il ne dit pas entendre des voix. Il semble avoir de la diarrhée, trouble que l'on rapporte au régime lacté.

Dans la nuit du 7 au 8, il se lève, s'habille et déclare: « Je vais descendre, je veux descendre. Je vais déposer chez le commissaire qu'il y a des inconnus autour de moi, des malfaiteurs. » Ce disant, il ne se montre ni épouvanté, ni anxieux; pas une fois il n'a appelé au secours ni demandé une arme pour se défendre.

La sœur nous rappelle que le malade actuel était encore, il y a six ans, un homme vigoureux et presque gras, qu'il a commencé alors à se plaindre d'insomnie et à essayer de tous les narcotiques. Il a toujours été taciturne et ombrageux.

Le soir à 10 heures, nous visitons le malade dans sa cellule, espérant assister de nouveau à un riche délire hallucinatoire. Mais l'imprégnation est trop faible, le malade n'a pas eu de visions depuis son entrée; il a même dormi copieusement depuis la visite.

Nous le trouvons, couché et très calme, du moins au moral; par contre, il se plaint d'une *subagitation motrice disséminée*: « Tout mon corps remue, mes jambes ont des secousses, j'ai continuellement besoin de me retourner dans un sens, puis dans l'autre sens.

Cette fois-ci je ne sens pas d'odeurs d'aucune nature.

« Cependant, ces quatre ou cinq derniers jours j'ai eu des hallucinations. J'ai entendu les voix de personnes que l'on m'empêchait de voir, et dont j'ignore totalement le nombre. J'ai été surpris de trouver tout d'un coup réunis autour de moi tous les membrés de ma famille; ils étaient là en costume de rue, avec leurs chapeaux sur leurs têtes; mon cousin et ma cousine se tenaient juste devant la porte de la pièce que l'on semblait chercher à me cacher.

« C'était le résultat du rêve trop rapide d'un narcotique trop violent (*sic*). Lorsque je suis venu chez ma sœur, je souffrais d'insomnie depuis plus de huit jours; et à ce moment-là, je ne buvais pas de chloral.

« Mes hallucinations venaient lorsque je tenais les yeux

à demi fermés. Je voyais alors des choses indifférentes, *plutôt décoratives*, des papiers d'art, des tiges qui pendent, des feuillages qui se balançaient. J'ai vu se promener des choses mal définies, dans le genre des feuillages. La chambre de ma sœur contenait des fleurs artificielles dans des vases suspendus, peut-être des sortes de jardinières. Dans la nuit ces choses oscillaient. *Je voyais beaucoup de choses osciller*. Deux petites statuettes se faisaient des signes. L'une est un dessus de pendule en bronze représentant une jeune femme, l'autre, placée à 60 centimètres, est en biscuit et représente un petit bonhomme; quand ils étaient peu éclairés, avec mon esprit fatigué je les voyais s'agiter, faisant des grâces : pour moi, ils se faisaient la cour. Vous noterez que je qualifie moi-même tout cela de visions. Je n'éprouvais d'ailleurs aucune crainte, *ces images me tenaient compagnie et m'amusaient*. J'approchais mon lit pour mieux voir; à 3 mètres, je voyais encore ces mouvements.

« J'ai vu aussi un manteau accroché, et surmonté d'un chapeau, qui me parut être un malfaiteur. *Pour avoir des visions il fallait à la fois l'obscurité et une lampe faiblement allumée (sic)*. En élevant ma lampe et en ouvrant les yeux davantage je ne voyais plus rien. Ici la lumière est trop forte, ou bien pour voir encore quelque chose il faudrait que je sois plus malade. Si l'éclairage était plus faible, je verrais.

« La nuit dernière je ne pensais nullement à reprendre mon argent, mais j'étais inquiet, parce que je venais d'entendre des choses se rapportant à des disparitions d'argent; la veille encore j'avais pris vingt sous devant ma tante, dans ce portemonnaie, à la place même où j'avais l'habitude de le toucher régulièrement; je voulais savoir si dans ces vols, mon argent avait été intéressé. »

Le malade est bien orienté; la notion du temps semble seule troublée. Il croit qu'un jour s'est écoulé depuis qu'il est entré dans sa chambre, simplement parce qu'il y a dormi. Il nous dit : « Je vous ai vu hier. »

Au sujet de ses douleurs, le malade nous dit : « Ce sont des douleurs très étendues, *plutôt longitudinales*, non continues, *assez soudaines*, mais pas absolument comme des éclairs; certaines siègent dans le genou, mais d'autres autour et sur le côté externe de la jambe; d'autres occupent simultanément le haut de la nuque et la longueur du bras; généralement elles vont d'un bout à l'autre d'un membre, mais l'extrémité pro-

prement dite en est exempte ; par exemple la cuisse et la jambe sont prises, le pied restant indemne. » Les tracés que son doigt décrit ne correspondent à aucun trajet nerveux, séreux ni tendineux ; elles paraissent affecter tous les tissus, toutes les régions, mais avec une préférence marquée pour les masses musculaires, et peut-être une prédominance péri-articulaire. Le médecin de l'Administration les a attribuées à l'arthritisme. Après des frictions pratiquées avec de l'essence de térébenthine ou après des applications de salicylate de méthyle, le malade aurait vu, sur sa peau, des taches rouges sanguinolentes ; nous n'avons pu préciser s'il s'agissait d'érosions ou bien de placards ecchymotiques. Ces derniers ont été signalés chez des chloraliques, comme tant d'autres troubles vaso-moteurs.

Les pertes séminales sont fréquentes comme autrefois, le malade n'a pas de maîtresse et n'aime pas user de prostituées, il a éprouvé de l'impuissance, parfois, en face de ces dernières ; il cherche à se renseigner dans les dictionnaires sur toutes les questions génitales. La vie sexuelle le préoccupe continuellement, et ses délires en portent le reflet.

Il n'a pas eu d'idées de suicide. « Je n'ai à me plaindre de personne, dit-il, je suis très sympathique à tous, je demande à ce que vous consultiez mes camarades. »

Au sujet des consommations de chloral, après avoir affirmé que le mercredi 7, il n'en avait pas pris depuis quinze jours, le malade, prié de bien rappeler ses souvenirs, convient qu'il pourrait bien avoir pris du chloral à Noël, et que, d'ailleurs, il y a recouru ces temps derniers, chaque fois qu'il redoutait une nuit d'insomnie, c'est-à-dire, immanquablement (en raison de ses occupations) tous les trois jours.

Poussé sur la question alcool, il se montre absolument ferme. Jamais, au temps de sa meilleure santé, il n'a bu seulement la valeur d'un demi-litre de vin dans un jour ; depuis deux ou trois ans il ne boit du vin que par exception.

Pouls 104, faible, mais régulier et net. Cœur sans lésion. Réflexes tendineux exagérés en toutes régions, et extrêmement prompts à se produire ; le plus léger choc d'un seul doigt sur les tendons rotuliens, amène une vive et large détente. Réflexes crémastérien et hypogastrique absents. Tremblement des doigts très léger. Trémulation et hésitation de la parole assez notables, et se manifestant à l'improviste sur n'importe quelle lettre ou syllabe (*diagnostiqué, administration, articulation*), bien remarqués du malade et facilement surmontés.

Lapsus verbaux assez nombreux : « Ces gens se sont *agis* immédiatement de quoi il *s'agissait* » pour : « Ces gens se sont aperçus immédiatement de quoi il *s'agissait* ».

Le lendemain 9 janvier, même présentation. Le malade parle facilement, est par moment lucide et gai ; l'état de doute et un degré de confusion notable se font jour dès qu'on lui demande un récit un peu prolongé.

Le médecin en chef, M. le Dr Legras, statue dans le sens de l'internement. Le malade, qui vient d'exposer pour combien de raisons il désire ne pas être interné, se laisse convertir en moins de deux phrases, et accepte la décision, imprévue pour lui, avec la plus grande insouciance.

Le 18 février 1908, René H... était amené de nouveau à l'Infirmierie spéciale (troisième entrée) et, cette fois, non plus pour délire, mais pour un fait d'outrage aux mœurs. Un enfant d'une douzaine d'années, auquel il venait de faire des propositions plus ou moins claires, l'avait signalé à un agent, et en raison de ses antécédents, au lieu de le conduire au Dépôt, comme délinquant, on le dirigea sur notre Infirmierie spéciale. Après les dénégations d'usage, il convint d'une tendance homosexuelle vraie, datant de l'enfance, surtout psychique, entretenue de temps à autre par des masturbations réciproques, et favorisée par l'échec de ses tentatives de rapport avec les femmes (impuissance, spermatorrhée, état de crainte). Plusieurs fois, il avait attiré chez lui, de tout jeunes gens, et parmi eux, des pédérastes professionnels ; pratiques manuelles exclusivement, nous assure-t-il, dégoût pour toutes autres pratiques.

René H... nous supplie de ne pas l'interner, il assure préférer la prison à l'Asile. Mis en liberté, il fut revu par nous, fortuitement, juste comme il sortait d'un lieu qui nous parut suspect. Il avait perdu, à la suite de sa dernière arrestation, un poste qui assurait son avenir, mais il jugeait sa situation avec l'indifférence globale du toxicomane invétéré et avili : sa déchéance sociale nous apparut certaine.

Son homosexualité nous explique certains fragments de ces délires, ceux qui, les plus dénués de traits spéciaux, se rapprochent du type alcoolique banal. Dans ces moments (délire avec thème idéique, scénario, hallucinations agissantes, voir pp. 369 et 370) René H...

s'entendait accuser de pédérastie et voyait des petits garçons envoyés près de lui pour le compromettre. Ce thème était puisé dans des pensées vécues ; nous n'insistons pas sur ce point, parce que tout délire toxique pouvait utiliser ce même thème, et aussi parce que les thèmes des différents délires toxiques, notamment ceux à forme d'auto-accusation, se passent fréquemment de base réelle. L'important n'est pas l'idée délirante, mais le sentiment d'humilité qui l'évoque et qui la fait vivre (1). De même, avant l'accès aigu, dans le stade subaigu sur le fond chronique, le sentiment de persécution dû au chloral aurait pu utiliser ou révéler, ou même créer tout autre thème.

Au sujet du deuxième délire de René H..., nous ferons remarquer qu'il s'est produit sur un terrain peu imprégné, que pour cette raison il a peu duré, et qu'il a eu pour cause déterminante, non pas une privation de chloral, mais une série de petits excès. René H... avait depuis quelques jours des hallucinations éparses, lorsque l'absorption d'un flacon de soporifique a déchainé son anxiété et de l'onirisme. Il ne s'agit pas d'une ivresse, puisque ce délire a pris naissance dans un état de chronicité par une subacuité croissante, et a duré au moins quatre jours sans décliner. La terminaison en fut brusque ; le sujet a pris du chloral, sans nul bromure ; néanmoins la physionomie générale du délire est la même que précédemment ; on peut seulement remarquer que les traits spécifiques de chloralisme y sont moins accusés.

Ainsi les hallucinations visuelles de taille petite, les images de genre décoratif ou d'apparence artificielle,

(1) Voir à ce sujet : Ivresse psychique avec transformation de la personnalité, d'après le Dr Garnier, par G.-G. de Clérambault, in *Annales médico-psychologiques*, 1907.

les tiges pendantes existent, mais sont loin de pulluler comme dans nos deux premiers délires ; les treillages, les lacis, les points microscopiques font défaut ; une imprégnation moins profonde nous en rend compte. Comme dans nos deux premiers délires, le sujet décrit ses visions conplaisamment, il prend plaisir à les regarder ; elles se multiplient dans le demi-jour ; leur coloration est bleuâtre : « tout me paraît bleu ». Les simples illusions sont nombreuses, notamment l'illusion de mouvement et pour ainsi dire, de mimique dans les objets, qui paraissent presque s'occuper les uns des autres ; l'alcoolisme donne rarement des illusions aussi suivies. Enfin les hallucinations thématiques (celles du prototype éthylique), beaucoup plus abondantes ici que dans nos deux délires chloraliques confusionnels, donnent lieu, avec des émotions à un délire d'action notable (réclamation, discussions) ; cependant elles ne s'accompagnent pas d'une anxiété aiguë, comme dans l'alcool. Le sujet ne pousse pas d'appels acharnés, ne frappe pas et ne cherche pas d'armes, comme il le ferait sous l'empire de l'alcoolisme ; aux visions de voleurs succèdent rapidement des visions de personnages amis, l'anxiété le cède à la surprise ; peut être par suite de la faiblesse de l'anxiété, le thème des persécutions subies est moins terrible, moins factice, et plus puisé dans les souvenirs que dans le répertoire éthylique (1).

Le malade a conscience, au cours du délire même, de pouvoir être un délirant : l'état de doute accompagne les hallucinations, les illusions et les convictions délirantes, il alterne avec elles, fréquemment il les suit dès

(1) On en veut au porte-monnaie du malade. De même dans son délire chloralique confusionnel, René H... entendait des allusions à sa vie privée, plus désagréables que menaçantes. Peut-être la bénignité relative de l'anxiété, dans le chloralisme, favorisait-elle particulièrement l'utilisation des souvenirs réels ?

leur naissance ; encore un trait différentiel avec le délire éthylique.

Le sujet a été en proie à une subagitation motrice disséminée, comme l'est fréquemment l'éthylique, dès le début de l'état délirant, ou même avant, et comme l'est toujours l'éthérique. Mais cette subagitation ne fait pas corps avec un délire ; elle gêne pour ainsi dire le sujet, et il la remarque. Le subdélirant éthylique remarque peu cette excitation, il l'utilise, les pensées lui sont adéquates ; il marche, croit s'énervier avec motifs, etc., à ce moment il n'est aucunement confus. Notre chloralique est déjà obnubilé, comme le prouvent sa difficulté à calculer, et ses illusions du souvenir. — Une autre subagitation motrice disséminée et continue se montre chez les alcooliques confus, mais il est alors incapable de la remarquer, il commence à être euphorique, et il consacre ses mouvements, tremblotants, stéréotypés, circonscrits aux micro-hallucinations (paillettes, insectes) ou à des illusions spéciales (travail sans fin, lutte contre l'écroulement des choses, etc.).

Dans le délire chloralique aigu simple, comme dans le délire chloralique aigu confusionnel, le demi-jour a donné lieu aux hallucinations, plus que l'obscurité complète. La notion du temps est troublée dans le sens de l'allongement, ce dernier trait nous semble commun à la plupart des onirismes.

Cette description confirme donc nos assertions, concernant les traits spécifiques du chloralisme.

VI

Nous avons rencontré chez nos deux chloraliques, quatre formes de troubles psychiques : ivresse, délire aigu simple, délire aigu confusionnel, enfin état comateux.

A. — IVRESSE CHLORALIQUE.

L'ivresse chloralique doit pouvoir être distinguée : 1° d'un état maniaque ; 2° d'une manie paralytique ; 3° d'une manie épileptique ; 4° des ivresses alcooliques soit banales, soit pathologiques ; 5° des ivresses dues aux toxiques rares. L'énumération des signes différentiels, devrait être trop minutieuse pour pouvoir être faite ici. L'importance des troubles vaso-moteurs, les caractères tout spécialement artificiels de l'excitation, un certain degré d'obtusion, des troubles de l'équilibration seraient les plus frappants de ces symptômes.

B. — COMA CHLORALIQUE.

Notre première malade est tombée à plusieurs reprises dans un état comateux d'une durée de plusieurs jours, à la suite d'ingestion massive de chloral. Elle en est sortie pour entrer dans un état plus délirant que confusionnel. Les comas chloraliques diffèrent de ceux causés par l'alcool.

Le coma alcoolique peut survenir de deux façons : 1° par suite d'ingestion massive ; 2° à la période finale d'un délire aigu.

Dans le premier cas (intoxication alcoolique suraiguë) les doses d'alcool absorbées sont généralement énormes (un demi-litre et plus) ; même lorsque la dose est minime, l'entrée dans le coma est rapide (moins de cinq minutes), les pupilles sont inertes et tous les réflexes supprimés, le cœur affaibli. Dans deux cas au moins de coma par alcool à brûler, on a vu la dose ingérée (ou absorbée) être minime (1) ; dans un cas où 3 litres de

(1) Barbe. *Archives de méd. naval.*, mai 1906. — G. de Clérambault. *Archives de Neurologie*, nov. 1907.

bonne eau-de-vie avaient été ingérés, l'estomac a promptement refusé l'absorption (1); la guérison se fit sans reliquats. Après le coma alcoolique on a vu des névrites sans douleurs, et une atteinte peut être élective du pneumogastrique (constriction, déglutition troublée). Nous avons vu subsister après l'alcool à brûler chez une délirante cachectique, des paresthésies banales et une courbature généralisée (sensation d'être rouée de coups), mais non des douleurs aiguës, et avec cela de l'analgésie objective. On n'a pas signalé de délire éthylique consécutif, et pas de paresthésies spéciales. Au contraire, les paresthésies et le délire sont abondants à l'issue du coma chloralique. L'alcool a agi comme un coup de massue portant sur tout l'organisme, la sphère intellectuelle a été préservée par sa propre sidération; des ravages organiques grossiers peuvent subsister (hépatite, névrite, etc.), mais non des pénétrations subtiles comme celles dont résultent les paresthésies spéciales et les délires.

Au contraire, le chloral agit à dose minime, amène graduellement un coma qui ressemble plutôt au sommeil qu'au collapsus, excite le cœur, laisse subsister les réflexes et en particulier les réflexes tactiles (Kahle (2)), peut-être aussi la douleur (Mosso (3)).

Les cellules nerveuses supérieures, amenées seulement en état de sommeil, restent imprégnées plus que tout le reste de l'organisme; du délire des douleurs et des paresthésies en résulteront; encore faut-il remarquer que ces paresthésies et douleurs sont assez nettement spécifiques, autrement dit que l'inhibition est

(1) Leblond. *Bulletin de la Soc. de Méd. légale de France*, t. II (1881), p. 294.

(2) Kahle. *Inaugural. Dissertation. Königsberg*, 1879. Cité par Rehm.

(3) Mosso. *La Peur...*, page 95. (Paris, Alcan).

élective. L'aspect, l'évolution et la pathogénie sont différents.

La deuxième forme du coma alcoolique survient après le délire aigu ; elle peut succéder de huit à dix jours aux dernières consommations d'alcool, elle est le résultat de l'usure organique, sous l'influence de l'insomnie et de délire avec mauvais fonctionnement des émonctoires, c'est un état auto-toxique. Nous y avons trouvé constamment l'abolition de tous les réflexes, le myosis, des manifestations de négativisme, une résistance automatique des membres qui contraste avec l'abolition des réflexes tendineux, les lèvres fuligineuses, l'anesthésie, parfois un geste peu étendu et monotone (saisir ses parties génitales), parfois des demi-réveils avec subdélire dans l'immobilité. Le malade meurt ou sort lentement de la confusion ; en tout cas il ne montre qu'un onirisme banal. Ici l'atteinte porte uniformément sur tout l'organisme, les cellules intellectuelles y comprises, mais celles-ci ne sont ni endormies comme dans le chloral, ni sidérées comme dans l'alcoolisme massif ; elles sont à la fois excitées et abruties, la suppression de la connaissance n'a été ni précoce ni radicale.

(A suivre.)

AUTOMATISME

ET

DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ CHEZ UN DÉMENT PRÉCOCE

Par le Dr NADAL

Dans sa monographie sur la démence précoce, Masselon (1) indique simplement l'apparition possible de troubles de la personnalité : « Parfois, dit-il, commencent à se développer quelques conceptions délirantes le plus souvent de couleur triste, des idées hypochondriaques ou de persécution, des craintes, des frayeurs, des idées bizarres ou absurdes, du puérilisme, parfois même des troubles de la personnalité, traduisant le sentiment qu'éprouve le malade qu'il y a quelque chose de changé en lui. »

Cotard (2) a signalé deux cas de troubles de la personnalité chez des malades qui semblent bien être des déments précoces, et il a attribué à l'automatisme la genèse de ces états délirants.

Nous avons pu observer un cas de dédoublement de la personnalité chez un dément précoce, et nous en rapportons ici l'observation.

Le malade Tr... est entré à l'asile de Clermont le 21 septembre 1901; né en 1876, il est donc âgé de trente-trois ans.

(1) Masselon. *La démence précoce*, 1904, p. 27.

(2) Cotard. Du rôle du sentiment d'automatisme dans la genèse de certains états délirants. *Journal de psychologie*, mars-avril 1909.

Ses antécédents héréditaires sont très lourds, car, si nous n'avons aucune connaissance de troubles mentaux chez ses ascendants, nous lui trouvons un frère mort à l'asile de Clermont (vingt-deux ans), un autre interné pendant un an et demi dans les asiles de la Seine, et enfin une sœur morte à vingt-quatre ans après avoir présenté des troubles mentaux indéniables, mais dont la nature nous est mal connue; un cousin germain atteint de démence précoce est aussi interné à l'asile de Clermont.

Notre malade aurait présenté dès son enfance quelques troubles du caractère : il avait, par contre, l'intelligence assez vive, était parmi les meilleurs élèves de l'école primaire qu'il fréquentait, et a obtenu sans peine son certificat d'études.

A sa sortie de l'école, il a fait l'apprentissage du métier d'ouvrier maréchal et a exercé cette profession jusqu'à son départ au régiment. Cette première partie de son existence n'a été marquée par aucun fait bien saillant; à peine trouvons-nous quelques indices d'une irritabilité morbide.

Reconnu apte au service militaire, il a fait un très mauvais soldat et ses nombreux refus d'obéissance lui ont attiré d'innombrables punitions; il a même, nous ne savons pour quel acte de nature assurément pathologique, été l'objet d'une condamnation à un an de prison; il est donc venu s'ajouter à la liste déjà si longue des aliénés méconnus dans l'armée.

Les autorités militaires ayant enfin reconnu le caractère morbide de ses actes, l'ont renvoyé chez lui en congé de réforme motivé par son irresponsabilité. Rentré dans sa famille, notre malade ne peut reprendre son métier; il n'a aucun goût de travail, et à la moindre observation il entre dans des colères violentes au cours desquelles il fait des menaces à ses parents leur disant qu'il « leur fera leur affaire », qu'il mettra le feu à la maison, etc., etc. Parfois même, apparaissent de véritables accès d'agitation pendant lesquels il casse tout ce qu'il trouve sous sa main, jette des pierres à son père, à sa mère ou à ses voisins; ces accès peuvent durer plusieurs jours. En dehors de ces périodes d'excitation, il est doux, timide même et plutôt déprimé.

Tr... (G.), entre à l'asile dans un état d'excitation très prononcé; il se montre impulsif, susceptible de violences brusques imprévues et non motivées. A cette période d'excitation succède une période de calme que viennent interrompre de nouveaux accès d'agitation. L'affaiblissement intellectuel, apparent

dès le début, ne fait que s'accroître; le langage devient de plus en plus incohérent; les sentiments affectifs, déjà bien diminués lors de l'entrée du malade, disparaissent tout à fait. On ne voit jamais s'établir d'idées délirantes précises; le malade se livre à des actes purement automatiques dans l'exécution desquels sa volonté n'intervient nullement; ces actes ne sont pas soumis au contrôle et à la surveillance que l'homme normal exerce sur les divers modes d'extériorisation de ses pensées. Certaines idées germent dans le cerveau de Tr... (G.), et sont mises à exécution sans que sa personnalité consciente les ait nettement perçues et sans qu'elle les ait autorisées à passer à l'acte.

A cette époque, le malade présente le tableau typique de la démence précoce, et ce diagnostic, porté depuis par tous les médecins qui l'ont vu, ne nous apparaît pas douteux. Il est peut-être intéressant de signaler ici, au lendemain de l'apparition en Allemagne du livre de Urstein sur *La démence précoce et ses rapports avec la folie maniaque-dépressive*, que lors de l'entrée du malade on avait, dans les certificats légaux, envisagé la possibilité d'accès de manie intermittente.

Notre attention a été attirée tout d'abord sur ce malade, en septembre 1907, par son irrésistible besoin de déchirer ses habits; il fait alors une effrayante consommation de pantalons, chemises et vestes. Nous essayons de lui mettre un maillot de traitement de Magnan, maillot fait avec deux épaisseurs de forte toile solidarisées par de multiples coutures et à peu près indéchirable; notre malade en vient à bout en usant l'étoffe contre les murs. Tout cela s'exécute sans violence, sans colère, sans cris, mais machinalement, automatiquement. Nous supposons alors, étant donné l'état mental de Tr..., que, si légère que soit la gêne provoquée par ses vêtements même les plus lâches, cette gêne éveille chez lui l'idée de s'en débarrasser; cette idée entraîne l'acte qui lui donne satisfaction sans que l'idée de l'utilité de ces mêmes habits (nous sommes en plein hiver), puisse venir s'y opposer. Aussi, dans le but de supprimer l'effet en supprimant la cause, nous alitons le malade qui d'ailleurs s'y prête volontiers. A partir de ce moment, Tr... (G.), se sent libre dans son lit et ne déchire plus d'une façon systématique; il lui arrive encore cependant de mettre à mal une malencontreuse couverture qui l'aura gêné dans ses mouvements. Un mécanisme analogue produit parfois le refus d'aliments. Si, par exemple, au moment du repas, l'ennui de l'ef-

fort matériel à faire pour prendre sa soupe surgit dans un recoin même obscur du sensorium, cette idée subconsciente entraîne irrésistiblement l'acte qu'elle comporte logiquement et y asservit l'être tout entier : la nourriture est refusée obstinément et avec une ténacité qui ferait supposer une volonté bien déterminée.

Cette facilité avec laquelle une idée même peu consciente s'asservit tout l'individu, amène notre malade à accomplir des actes entièrement opposés à ses intérêts ou à ses sentiments. Ainsi, Tr..., qui d'ordinaire nous accueille assez gentiment, se dresse parfois menaçant et est allé même une fois jusqu'à essayer de nous frapper ; cette attitude cesse d'ailleurs assez rapidement, et nous nous retrouvons alors en face du Tr... ordinaire, souriant et calme.

Or, l'affaiblissement intellectuel, quoique très marqué, n'est pas tel chez notre malade qu'il ne se rende pas compte de ce qu'il y a d'étrange parfois dans sa façon d'agir. Aussi n'accepte-t-il nullement la responsabilité de certains de ses actes ; il est même le premier à s'indigner contre eux parce qu'il est le premier à en souffrir. Mais, cette responsabilité, il ne peut guère la rejeter sur autrui ; aussi, ayant conscience de ce que certains de ses actes échappent à son contrôle, en arrive-t-il à les attribuer à un autre individu que lui, individu qui fait corps avec lui, mais qui en est différent ; cet individu, d'ailleurs, ne révèle son existence que par des actes désagréables ou nuisibles ; il y a en somme un dédoublement de la personnalité, et le malade nous le dit un jour bien nettement en ces termes : « Tu comprends, un homme c'est deux hommes ; Tr... c'est deux Tr... ; il y a Tr... qui déchire et Tr... qui ne déchire pas ; c'est emb... parce que c'est Tr... qui déchire et moi qui ai froid. » Un autre jour, il est furieux parce que, dit-il, « Tr... ne veut pas manger et j'ai grand faim ».

Lorsque, après son attitude menaçante à notre égard, nous lui demandons : « Te souviens-tu d'avoir voulu me frapper ? » il nous répond : « Il ne faut pas faire attention à Tr..., il t'aurait frappé aussi bien à la tête qu'au ventre ; toi aussi bien qu'un autre. » — « Mais pourquoi n'essaies-tu pas de le faire taire, de l'empêcher de faire des choses désagréables ? » — « Il ne veut rien savoir, il ne m'écoute pas. »

Il est d'ailleurs aisé de remarquer que jamais il n'omet d'employer la troisième personne en parlant du Tr... mauvais caractère, tandis que pour son langage courant, il se sert tou-

jours de la première. Ainsi, un jour, nous le trouvons en train de faire de la charpie avec un morceau de sa chemise. « — Que fais-tu? » — « Il s'amuse avec de la toile. » — « Et toi? » — « Moi, je le regarde faire. » Il nous paraît difficile de mieux traduire le caractère automatique et impersonnel de l'acte.

Mais comme c'est naturel chez un malade aussi affaibli intellectuellement, cette idée de bipersonnalité est loin d'être systématisée; elle est en quelque sorte le résultat spontané, le fruit naturel, la schématisation de son existence. Certains actes qui sont tantôt attribués au Tr... conscient et qui se reconnaît responsable, sont d'autres fois attribués par lui au Tr... mystérieux qui agit mais se dérobe à toute responsabilité et ne consent pas plus à rendre compte de ses actes qu'il n'a demandé conseil avant de les commettre. C'est à peine si, un jour, interrogé sur ce qu'avait d'étrange cette situation, notre malade nous a répondu : « Tu comprends, lui s'appelle Tr... de son nom de famille; moi, ce n'est qu'un nom de baptême. » Et jamais nous n'avons pu obtenir qu'il pousse plus loin son essai d'explication du phénomène auquel il assiste d'ailleurs sans s'en inquiéter aucunement.

Aujourd'hui, l'affaiblissement intellectuel n'ayant cessé de progresser, cette notion de bipersonnalité est devenue très vague; l'activité automatique a peu à peu gagné du terrain aux dépens de l'activité consciente. Le Tr... automatique subsiste à peu près seul; il n'apparaît que très rarement un souvenir du dédoublement ancien; il en est resté cependant une trace dans l'élocution du malade qui parle de lui presque continuellement à la troisième personne, traduisant ainsi le caractère automatique et impersonnel de ses actes. Le « il », qui autrefois répondait à une idée consciente et nettement formulée, tend de plus en plus à devenir une simple stéréotypie vide de sens, une stéréotypie secondaire telle que celles décrites sous cette rubrique par Dromard dans son étude clinique sur la stéréotypie des déments précoces (1).

L'idée délirante de bipersonnalité que nous trouvons chez notre malade nous paraît bien due à son sentiment

(1) Dromard. *Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces*, p. 17.

d'automatisme. Plusieurs auteurs ont montré d'ailleurs le rôle de l'automatisme dans les troubles de la personnalité. Ainsi, Pierre Janet (1) déclare que, « dans la décision, il y a un sentiment de possession de personnalité, puisque l'action nous semble adoptée par nous-mêmes ; on ne sera pas surpris de voir ce sentiment manquer chez les scrupuleux (et aussi, ajoutons-nous, chez les déments précoces) ; c'est ce qui produit le sentiment d'automatisme dont l'importance dans les maladies mentales est tout à fait considérable ». Plus loin (2), le même auteur indique comment « les sentiments de dépersonnalisation se rapprochent des sentiments de perte de la liberté, d'action mécanique, de domination, et rentrent dans le groupe des sentiments d'automatisme ». Pitres et Régis (3) indiquent aussi le lien qui rattache si souvent le sentiment de dédoublement de la personnalité à l'automatisme psychique : « Ces faits, disent-ils, forment une catégorie spéciale appartenant à l'automatisme psychique au moins autant qu'à l'obsession. »

Les déments précoces présentent un état de désagrégation psychique qui les rend bien aptes aux phénomènes d'automatisme. Masselon (4), dans sa thèse, écrit : « Cette incapacité de systématiser les représentations, cette persistance dans l'esprit de mots ou de représentations qui ne sont pas absorbés par la personnalité, traduisent une apathie intellectuelle considérable, une véritable catatonie cérébrale. Chaque représentation tend à exister pour soi et non pour une fin intellectuelle supérieure. Cet état d'incoordination, de désagrégation psychique a une base commune avec l'effacement graduel

(1) Pierre Janet. *Les obsessions et la psychasthénie*, 1908, p. 278.

(2) Pierre Janet. *Id.*, p. 325.

(3) Pitres et Régis. *Séméiologie des obsessions et des idées fixes*.

(4) Masselon. *Psychologie des déments précoces*, p. 100.

des éléments de la pensée.» Plus loin (1), le même auteur ajoute : « Ce n'est que grâce au développement de notre réflexion que notre systématisation personnelle d'idées s'oppose à la simple reproduction des associations venues du dehors ; la personnalité est inhibitrice ; elle n'accepte ce qui vient de l'extérieur qu'après l'avoir fait sien. Or, la caractéristique de nos malades est précisément l'incapacité de l'effort mental qui caractérise la réflexion ; tout état de conscience tend à vivre isolé ; une foule de phénomènes extérieurs s'imposent à leur esprit et sont reproduits par eux sans modification. »

Et plus loin encore (2) : « Ces troubles de la synthèse mentale se traduisent par une telle imprécision de tous les états de conscience, que ces états ne peuvent plus s'évoquer les uns les autres ; en outre, la lenteur des processus psychiques est si grande que tout changement au sein de la conscience devient très difficile et que tout état momentané tend à durer, n'évoquant plus les états réducteurs. »

De par ces caractères psychologiques, les déments précoces nous apparaissent voués à l'automatisme ; et, en fait, leur vie est souvent faite presque exclusivement d'automatisme. Est-ce à dire que les troubles de la personnalité qui en dérivent si souvent soient fréquents chez eux ? Nous ne le pensons pas. Ce qui engendre l'idée délirante, c'est le sentiment d'automatisme et non l'automatisme lui-même ; or, nos déments précoces dont l'intelligence est affaiblie dès le début, n'ont pas toujours très marqué ce sentiment de leur automatisme ; et même, lorsque ce sentiment existe chez eux, l'attention défectueuse du malade ne s'y arrête pas et ne lui donne pas l'interprétation qui semble devoir en décou-

(1) Masselon. *Psychologie des déments précoces*, p. 104 (note).

(2) Masselon. *Id.*, p. 128.

ler. Cependant, si les cas aussi nets que celui de notre malade nous paraissent devoir être assez rares, nous croyons qu'à un degré beaucoup plus atténué, on peut souvent retrouver, chez les déments précoces, le sentiment d'automatisme à la base des idées délirantes.

Cette idée délirante de bi-personnalité n'est pas le seul phénomène intéressant que nous ayons observé chez notre malade; nous avons dit que parfois il refusait la nourriture, et nous nous sommes efforcé de nous expliquer le mécanisme de ce refus. De même que toute idée apparue spontanément dans l'esprit du sujet provoque l'activité automatique, de même la synthèse principale constitutive de la personnalité, peu plastique, inapte à se modifier pour accueillir la conception nouvelle, accepte parfois difficilement une idée étrangère subitement présentée. Nous assistons alors à de véritables phénomènes de misonéisme, phénomènes décrits par Pierre Janet (1); ce misonéisme, assez fréquent en pathologie mentale, est digne d'une étude spéciale; on ne le trouve d'ailleurs pas que chez les déments précoces; il indique un engourdissement de l'intelligence, une paresse d'esprit symptomatiques d'états multiples. Normalement, l'homme aussi bien que l'animal se refusent d'instinct à tout ce qui les engage vers l'inconnu; nous pensons même que cet instinct est un des éléments constitutifs de l'instinct de conservation. L'inconnu n'est accepté de nous qu'autant que nous pouvons le rapprocher de phénomènes familiers, et ce rapprochement n'est possible que si l'évocation de ces phénomènes nous est aisée. Sinon, voyageurs égarés dans la nuit noire, nous n'osons avancer, et affolés nous nous raidissons contre tout ce qui nous pousse à changer notre situation actuelle, si incommode soit-elle.

(1) Pierre Janet. *Les obsessions et la psychasthénie*, p. 353.

contre une nouvelle dont nous ne pouvons d'avance nous faire une idée nette. Le dément précoce dont la compréhension est parfois si lente et insuffisante ne peut assez vite saisir les mobiles et le résultat probable de l'acte qu'on sollicite de lui, et, d'instinct, il y résiste; nous pensons que là se trouve souvent l'origine première de son négativisme; c'est du moins dans ce sens que nous avons interprété les phénomènes d'opposition présentés par notre sujet. Il peut même arriver que, par suite de la lenteur des processus psychiques chez les déments précoces, notre malade ne puisse accepter l'incitation étrangère (manger, par exemple) qu'après que les mouvements de défense de la période de non-acceptation misonéiste auront été exécutés.

Cette conception ne nous permet pas seulement de comprendre le négativisme de notre sujet; nous pouvons l'étendre à ces faits d'apparence étrange qui nous montrent des malades muets quand nous les interrogeons, parler spontanément quand on ne s'occupe plus d'eux; on encore des sitiophobes qui mangent lorsqu'ils sont seuls. Un de nos malades, qui opposait à toute tentative d'alimentation une résistance forcenée, s'alimentait seul si, à son insu, on déposait dans sa chambre une tasse de lait. Spontanément perçue, cette tasse de lait le surprenait moins, n'avait pas dès l'abord l'air de s'imposer à lui et ne sollicitait pas les forces de résistance. Peu à peu sa présence continue éveillait dans l'esprit du malade la notion de son utilité; puis venaient les images kinétiques des mouvements à exécuter; ces mouvements eux-mêmes s'effectuaient enfin, mais avec le caractère de lenteur commun à toutes leurs manifestations d'activité aussi bien psychique que mécanique. Si, impatienté, nous intervenions et tentions d'accélérer le mouvement, nous rompions la chaîne, brouillions tout et reproduisions ce sentiment d'inconnu évocateur de

résistance ; le négativisme reparait avec une intensité tout aussi grande que celle que nous aurions pu constater au début.

L'activité virtuelle du dément précoce, la plupart du temps dépourvue d'excitation, est à la merci de la moindre influence directrice ; de même qu'elle peut mettre toute son intensité au service du misoneïsme subconscient, elle peut, par un simple réflexe, lorsque la synthèse principale constituant la personnalité est plus effacée encore ou s'abstient totalement d'intervenir, obéir directement à une excitation étrangère ; nous avons affaire alors à la suggestibilité. Dans les deux cas, négativisme et suggestibilité, l'activité est automatique parce que ses mobiles n'apparaissent pas à la conscience.

Cette notion de l'automatisme, dont l'importance est si grande dans la psychologie des déments précoces, nous paraît donc pouvoir jouer un rôle dans des manifestations diverses de cette maladie : troubles de la personnalité, négativisme et suggestibilité. C'est du moins ce qui nous a paru ressortir de nos observations.

Médecine légale

L'AFFAIRE D'INCENDIE

DE LA VILLENEUVE-AUX-FRESNES

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

(FOLIE SIMULÉE CHEZ UN DES QUATRE INCULPÉS)

Par le Dr GARNIER (de Dijon).

La question de la simulation de la folie demeure toujours d'actualité parce qu'elle est d'un intérêt médico-légal permanent. On ne saurait donc trop livrer à la publicité, et, par conséquent, à la critique, les cas cliniques observés. Précisément parce qu'ils sont rarement superposables, ces cas peuvent servir à éclairer la route d'un expert en matière de folie, et, à ce titre, leur valeur documentaire a son prix.

J'ai déjà, dans ce recueil, publié plusieurs cas de folie, soit simulée soit alléguée, tirés de ma pratique, et, à mesure que celle-ci se fait plus longue, ma conviction s'affermir qu'il est absolument paradoxal de soutenir que « la démonstration patente de la fraude n'exclut pas un désordre réel de l'esprit », ainsi que notre collègue Raynean l'a fait au dernier Congrès de Nantes. Son opinion, il est vrai, visait les cas de simulation chez les jeunes soldats, ce qui particularise dans une certaine mesure son sentiment ; mais, pour ma part, si, dans l'espèce, je puis m'y rallier à la rigueur, je ne

saurais du moins le faire lorsqu'il s'agit de délinquants ou de criminels. Admettre qu'il n'y a pas de simulateurs, mais, ainsi qu'on l'a dit, des *sursimulateurs*, simplifierait singulièrement le problème, assez ardu parfois pour l'expert, de se prononcer sur la folie ou la non-folie d'un sujet que la justice lui donne à examiner. Si la simulation devait nécessairement être par elle-même envisagée comme la preuve du déséquilibre d'un délinquant, autant vaudrait renoncer à son examen mental, puisque, quoique reconnu simulateur, la conclusion aboutirait au même résultat que s'il était aliéné, c'est-à-dire aurait pour effet de le soustraire à toute répression pénale. L'intérêt évident de tout délinquant étant d'éviter une pénalité, la simulation de la folie deviendrait alors un moyen infailible d'y arriver.

Or, c'est cet intérêt à simuler qui doit, au contraire, mettre en garde l'expert, en présence de symptômes de folie dont la légitimité lui paraît douteuse, et c'est à la démonstration de la fraude qu'il doit s'attacher. Si celle-ci n'est pas discutable, doit-il empêcher la justice de suivre son cours, sous prétexte que cette fraude elle-même témoigne d'une véritable insanité d'esprit ? Poser la question, c'est la résoudre, et, pour ma part, en matière de poursuite criminelle, je ne verrai même qu'avantage, au point de vue social, à faire de la simulation reconnue une circonstance devant aggraver la pénalité à appliquer. Le criminel, en effet, ne court aujourd'hui aucun risque en simulant ; au contraire, s'il arrive à donner le change sur sa mentalité, il est, au pis-aller, colloqué dans une maison d'aliénés, d'où il sortira très facilement, et, s'il échoue, sa position restant en l'état, n'en est pas modifiée. Dans ces conditions, comment l'allégation ou la simulation de troubles mentaux ne serait-elle pas déjà bien encouragée ? Et voici que, par surcroît, une opinion scientifique tend à

se répandre, d'après laquelle la fraude elle-même du criminel serait la meilleure preuve de sa folie. Autant déclarer que tous les criminels sont des aliénés ; mais alors qu'on mette pour toujours la société à l'abri de leurs méfaits.

En attendant, continuons à dépister la simulation et, celle-ci bien constatée, loin d'en tirer des conclusions en faveur d'un trouble mental, persistons à déclarer qu'elle ne constitue même pas une présomption d'insanité d'esprit, puisque, sous un certain mode, elle démontre au contraire, à mon sens, la vigueur intellectuelle du sujet.

C'est à cette conclusion que j'ai finalement abouti dans une très récente expertise où j'avais à examiner un sujet appartenant à une famille dont tous les membres, sauf un, étaient poursuivis pour crime d'incendie et complicité. Or, l'inculpé, après avoir persisté dans son système au banc de la cour d'assises, n'y renonça pas après l'acquittement dont il bénéficiait avec ses coaccusés, infirmant ainsi, en apparence, mon diagnostic, ce qui double l'intérêt qui s'attache à la relation de cette affaire que j'exposerai tout au long d'après le rapport fourni à la justice, et en la faisant suivre des épisodes qui se déroulèrent tant devant la Cour qu'après le verdict d'acquittement.

* * *

Dans la nuit du dimanche 13 décembre 1908, vers onze heures du soir, un incendie éclatait subitement au village de La Villeneuve-aux-Fresnes (Haute-Marne), dans les bâtiments d'habitation et d'exploitation des époux Ch..., cultivateurs audit lieu. La famille Ch..., composée de trois enfants majeurs domiciliés avec leurs parents, était réduite ce jour-là à deux de ses membres, savoir : M^{me} Ch.... et sa fille Juliette. Le mari et son fils Justin ayant, en effet, quitté la maison dès le dimanche matin, n'étaient rentrés que le lendemain soir,

après le sinistre, et Amélie, l'autre fille, se trouvait depuis un certain temps en résidence à Nancy.

Cependant, différents indices recueillis par l'information, ainsi que les déclarations contradictoires tant de la femme Ch.... que de sa fille, permirent immédiatement de soupçonner que l'incendie avait dû être allumé criminellement. Ainsi, le courrier qui doit faire la levée de la boîte aux lettres placée contre le mur de la maison située en face de celle qui avait été incendiée, n'avait, lors de cette levée, vers 10 h. 45 du soir, rien aperçu de suspect dans le bâtiment Ch..... Or, comme celui-ci, environ 35 minutes après, était embrasé sur toute sa longueur de plus de 30 mètres, et comme le bâtiment était en réalité divisé en trois compartiments distincts, par des murs allant jusqu'à la toiture, plusieurs foyers avaient dû être préparés à l'avance. D'autre part, on avait remarqué que de nombreux ustensiles aratoires, habituellement laissés dehors, avaient été soigneusement rassemblés dans la grange, que du bétail et des récoltes avaient été vendus, que des objets mobiliers avaient été expédiés à Nancy, que les portes extérieures de la maison avaient été fermées de l'intérieur, de façon à ce qu'on ne pût porter secours aux animaux, qui furent asphyxiés. Enfin, M^{me} Ch... et sa fille avaient été les premières à donner l'alarme et n'avaient pas paru autrement effrayées de la catastrophe.

Comme il fut établi que l'assurance des bâtiments, du mobilier et des récoltes avaient été contractée, trois mois auparavant, pour une somme plus qu'excessive, il devenait de plus en plus probable que l'incendie allumé devait être le résultat d'un plan concerté à l'avance entre tous les membres de la famille Ch.....

Au surplus, si un pareil méfait ne pouvait être l'œuvre ni d'un étranger à la localité, ni d'un habitant du village, la réputation de la famille Ch...., et notamment celle du père, légitimait amplement les pires soupçons. Aussi bien d'ailleurs, Ch.... père, lors d'un incendie survenu une vingtaine d'années auparavant, d'une façon suspecte, dans un de ses bâtiments, lorsqu'il habitait un autre village, s'était déjà vu soupçonner d'en être l'auteur, et, malgré l'absence de poursuites, son innocence ne fut pas très claire.

Sans entrer ici dans d'autres détails établissant combien, d'après le dossier, le bilan moral de la famille Ch.... semblait pauvre, notons que l'absence elle-même de Ch.... et de son fils pendant la soirée et la nuit du 13 décembre, destinée à leur fournir vraisemblablement un alibi capable de les laver victorieusement de tout soupçon d'avoir participé à l'incendie allumé chez eux, fut d'autant moins susceptible d'avoir une telle portée que l'éloignement de leur domicile ne répondait à aucun besoin réel de s'absenter, et qu'en quittant dès le matin La Villeneuve, ils n'étaient fixés l'un et l'autre, ni sur le but de leur voyage, ni sur la localité où ils se rendraient.

Les données de l'instruction firent ainsi apparaître contre les époux Ch.... et deux de leurs enfants, dont Justin, des charges si écrasantes que le magistrat instructeur, sans pouvoir fixer positivement leur rôle criminel respectif, devait aboutir nécessairement à les inculper les uns et les autres comme auteurs ou complices du crime d'incendie. L'instruction, en conséquence, poursuivait son cours régulier, lorsque tout à coup et avant son incarcération à la prison de Chaumont, Justin, l'un des quatre accusés laissés provisoirement en liberté, se mit à donner des signes de dérangement d'esprit, signes qui, après une certaine accalmie, se reproduisirent à la prison même, ce qui motiva l'expertise qui me fut confiée sur son état mental, dans les termes de l'ordonnance ci-après :

Nous, Albert Alphandéry, juge d'instruction près le Tribunal civil de première instance séant à Chaumont (Haute-Marne),

Vu la procédure criminelle instruite à la requête de M. le Procureur de la République contre :

Ch.... (Justin), vingt-neuf ans, cultivateur à La Villeneuve-aux-Fresnes et consorts, détenus,

Inculpé : d'incendie volontaire,

Attendu qu'il résulte d'une attestation de M. le D^r Malaingre que : un des inculpés, Ch.... (Justin), qui, avant son incarcération à la maison d'arrêt de Chaumont, aurait donné des signes de dérangement d'esprit, se trouverait en proie depuis quelques jours à de véritables accès d'aliénation mentale ;

Que, d'autre part, M. le D^r Robert, expert précédemment

commis par nous, s'est livré à un nouvel examen des facultés mentales de cet inculpé;

Attendu que cet expert estime que cet individu est atteint d'aliénation mentale avec délire d'action et de paroles qui s'est manifesté de nouveau depuis quatre jours; qu'il y a lieu, tant pour le bon ordre de la maison d'arrêt que pour dégager le véritable état de Ch.... (Justin) et fixer sa responsabilité, de le transférer dans un asile d'aliénés pour être plus ou moins longtemps placé en observation;

Attendu qu'il y a lieu d'ordonner la translation de Chaumont à Dijon dudit Ch....;

Disons et ordonnons qu'au vu de la présente, M. le gardien chef de la maison d'arrêt de Chaumont remettra à la gendarmerie, mandat de dépôt tenant et jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné par nous, ledit Justin Ch...., pour être réintégré s'il y a lieu en cette maison de justice;

Disons en outre que le même Justin Ch...., toujours au vu de la présente et de l'arrêté d'internement de M. le Préfet de la Côte-d'Or, devra être admis et maintenu audit asile départemental de la Côte-d'Or, à Dijon, pour être soumis à l'examen, aux observations prolongées de M. le Dr Samuel Garnier, directeur dudit asile, expert par nous commis, serment préalablement prêté, lequel dira si l'inculpé jouit ou non de la plénitude de ses facultés intellectuelles, et à quel degré pourrait être engagée la responsabilité de cet inculpé, et notamment s'il sera ou non expédient de le réintégrer à ladite maison d'arrêt de Chaumont; et il fera aussi toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité;

De tout quoi, il sera par ledit expert dressé un rapport avec ses conclusions motivées pour nous être adressé.

*
* *

Le jugement qu'il nous incombait de porter à l'égard de l'inculpé devant se déduire conjointement des antécédents de cet homme, de son examen direct et de son observation à l'asile, nous allons préalablement noter tout ce que le dossier nous fournissait comme commémoratifs ayant trait à nos recherches.

Tout d'abord, nous trouvons relatée, dans un rapport du Dr Robert, de Chaumont, une déclaration de la mère de l'inculpé expliquant qu'en 1893, dans le bois, quatre hommes ayant, par farce, introduit dans un sac à charbon et ensuite lié son fils Justin, *il en avait perdu la tête et avait tenu des propos extravagants pendant six*

mois. Cette affirmation de l'existence d'un état de folie chez Ch.... fils vers la quinzième année nous parut bien hasardee en la rapprochant de la déclaration du Dr. Gaudey, de Bologne : « Appelé en effet, avait dit « M. Gaudey, à soigner Ch...., du 16 mai 1903 au 10 août « 1904, pour une maladie jusqu'alors indéfinie, celle-ci « n'était autre que des crises d'hystérie dont je ne sau- « rais déterminer l'origine, et, après six mois de trai- « tement, je considérai le jeune Justin *comme guéri*. « Depuis, j'ai eu l'occasion maintes fois de le voir, et, « l'an dernier encore, j'ai pu constater que sa santé « restait bonne et qu'il ne souffrait plus de la maladie « pour laquelle je lui avais donné mes soins. J'estime, « disait-il en terminant, que Justin Ch.... est d'une « *intelligence au moins de la bonne moyenne*; ses *fa- « cultés intellectuelles* m'ont paru assez vives; je con- « sidère qu'il est responsable de ses actes; pourtant, « il a des impulsions instinctives dont, à certains mo- « ments, il peut ne pas être maître. »

Au sujet des impulsions instinctives dont il est ci-dessus fait mention, M. le Dr Gandey ne fut pas plus précis dans sa déposition postérieure provoquée par mes soins. Quoi qu'il en soit de son accident, Justin Ch.... n'en avait pas moins accompli son service militaire, et, occupé en 1906 et 1907 comme domestique, il avait été surtout *jugé surnois* et d'un caractère très violent par le nommé G...., de Bologne, qui, après avoir raconté que le jour où il lui régla son compte, l'inculpé lui avait échappé ce propos : « *Mon père est bien canaille, mais je le serais encore plus que lui* », n'avait nullement mis en doute la santé d'esprit d'un homme avec lequel il avait été en contact continu pendant huit mois et, en fait, jusqu'en février 1909, l'inculpé avait eu manifestement sa pleine raison.

Nous arrivions ainsi, sans que rien ne se fût produit d'équivoque dans l'état mental de cet homme, à la journée du 10 février 1909. Ce jour-là, Ch.... avait, d'après sa mère elle-même, soutenu ses intérêts (rapport Robert), avec la possession de tous ses moyens, lorsque, le lendemain, « il avait commencé de déraisonner, *disant « surtout que le garde-champêtre était un maludroit, « un propre à rien, dormant mal, causant doucement*

« pendant la nuit, se levant pour changer la lampe de place, puis prétendant que ses parents voulaient le tuer. » Visité alors par le D^r Danvé, qui ne se prononça pas sur la valeur morbide de ces symptômes, Ch.... fut ensuite examiné, le 15 février, par le D^r Gonpil, qui déposa ultérieurement en ces termes : « Appelé le 15 février pour donner des soins au jeune Ch.... qui, aux dires de ses parents, présentait, depuis deux jours, des troubles des facultés mentales, le seul examen que j'ai pu faire ne m'a pas permis de pouvoir affirmer l'exactitude des dires des parents », et il avait indiqué, vu la lettre, en date du 20 février, du maire de La Villeneuve, signalant les manifestations de Ch.... pouvant devenir dangereuses pour ses parents qu'« il y avait lieu de le mettre en observation à l'hôpital de Chaumont, afin de se rendre compte exactement de son état mental ».

Après cette visite du D^r Gonpil, l'inculpé se serait livré soi-disant à des sévices envers ses parents et aurait exercé des violences sur un nommé G... qui était venu à leur aide ; mais ces faits constituaient par eux-mêmes une présomption bien incertaine de folie. Ch.... s'était ensuite enfui à Lignol et à Colombey, où, malgré le désordre de sa tenue, la surexcitation qu'il manifesta, paraît-il, à la vue de sa mère venue à sa recherche, il n'apparaissait pas davantage que l'inculpé eût été indiscutablement aliéné, puisque le maire de Colombey (déposition du 21 mars), avait pu dire que son accès de folie ne lui avait pas paru réel. Ramené ensuite à La Villeneuve, le mercredi 17 février, à six heures du soir, Ch.... fut gardé à vue à la mairie, puis ligoté du dimanche 21 février au lundi 22, parce qu'« il se livrait » (déposition Béguinot, garde-champêtre, du 11 mars) « à des actes répréhensibles vis-à-vis de ses gardiens en leur lançant sabots, pincettes et tout ce qu'il pouvait trouver sous sa main ». Ces manifestations agressives, jointes aux propos qu'il tenait par moments, firent, il est vrai, penser au témoin que Ch.... avait réellement le cerveau malade ; mais cet homme, conduit à l'hôpital de Chaumont, où il arriva le 22 février, à 10 heures du soir (procès-verbal du commissaire, du 2 mars), les poignets et les bras serrés par une corde,

et fixé ainsi ligoté sur la banquette d'un break, ne parut, bien que taciturne et malgré cette situation singulière, ne parut, dis-je, pas plus à l'économe qu'à ceux qui l'approchèrent, être atteint d'aliénation mentale. Il avait pris notamment un bouillon offert par la sœur, et plus tard, en liberté dans le cabanon, « il mangeait, « buvait et dormait bien, répondant des paroles sensées aux questions, n'ayant aucune excitation, soit « permanente, soit passagère. Il réglait lui-même la « chaleur du calorifère du local ; le guichet ayant été « laissé à sa disposition pour aérer, il l'ouvrait et le « fermait à volonté, et, un jour qu'il avait trop chaud, « il avait placé un vêtement devant la bouche du calorifère. » Tous ces faits, avait conclu le commissaire, parurent être les actes d'un esprit sain.

Le 3 mars, le D^r Robert jugea que Ch... était en état d'être transféré à la prison et interrogé par le magistrat instructeur, à qui il répondit d'ailleurs judicieusement (rapport Robert). Or, dès le 4 avril, à la prison, l'inculpé semble redevenu fou, « criant la nuit, dérangeant « les autres détenus » (rapport Robert), si bien que le D^r Malingre, médecin de service, dans un certificat du 6 avril le déclarant « atteint de troubles cérébraux, dangereux pour le personnel de la maison d'arrêt », estima qu'il était nécessaire de le transférer à Saint-Dizier (asile). Ce certificat, affirmatif mais non démonstratif, motiva une nouvelle visite du D^r Robert, médecin du parquet, qui, dans un rapport ultérieur du 24 avril, fit connaître qu'« en entrant dans la cellule de Ch..., « on découvrait que celui-ci avait cassé toute sa niche « de pain en petits morceaux semés à terre, que les « gardiens lui avaient dit qu'il ne mangeait rien et que « ceux-ci lui avaient d'ailleurs confirmé ce qu'ils avaient « déjà dit de la turbulence nocturne de Ch.... »

On peut remarquer que, sans s'être posé un seul instant le problème de savoir si Ch... était ou non aliéné, le D^r Robert avait, lui aussi, affirmé, sans plus, la folie de cet homme. Or, les conclusions de son rapport ayant été à peu près exclusivement basées sur les déclarations, à bon droit suspectes, de la femme Ch... et de son fils Justin qui, en ce qui concerne notamment les symptômes de sa maladie lorsqu'il avait quinze ans,

après s'être refusé d'abord systématiquement à en faire la description au D^r Robert, lui avait raconté ensuite simplement qu'il avait eu de « drôles d'idées », ces conclusions, dis-je, reposaient sur une base assez fragile. Quant à l'allégation de Ch...., enregistrée au rapport du D^r Robert, de n'avoir qu'un souvenir confus de ce qui s'était passé, nous avions à en vérifier la sincérité qui, *a priori*, nous parut douteuse. Notons enfin que, le 8 avril, Ch.... avait écrit à M. le juge d'instruction, lui demandant de rentrer à l'hôpital « pour pouvoir s'y promener à l'aide d'une canne » (à cause de sa blessure qui le faisait souffrir), disant qu'il serait aussi bien à sa disposition. Or, si cette lettre n'était pas parfaite dans la forme, le fond en était du moins très raisonnable.

Il ne semblait donc pas, en somme, résulter de l'ensemble des faits, gestes et discours de l'inculpé, tel qu'il se dégageait des commémoratifs, que les présomptions de la folie de cet homme fussent d'ores et déjà assez invincibles pour qu'on dût se trouver près de se rallier aux conclusions fournies sur Ch.... par deux de nos confrères.

A son arrivée, le 10 avril, à l'établissement, bien que parfaitement calme, l'inculpé fut, en raison de sa situation, placé au quartier dit des agités, où la surveillance est plus étroite. D'un air plutôt humble et soumis, cet individu ne donnait immédiatement lieu à aucune remarque défavorable à sa mentalité. Sur mon interpellation, il commença par se plaindre d'une faiblesse, et, après qu'il m'eut déclaré qu'on l'accusait d'avoir mis le feu dans leur maison, alors qu'absent ce jour-là il en était bien innocent, il était visible que l'intégrité de ses facultés de raisonnement était intacte, ce que la suite démontra au surplus amplement.

Au point de vue physique, Ch.... était un homme de trente ans, de taille ordinaire, robuste et vigoureux, portant toute sa barbe qui, peu fournie, était de couleur châtain foncé. Ses cheveux, de même nuance, bas implantés, rétrécissaient un peu son front à la partie mé-

diane. Ses yeux gris foncé imprimaient à sa physionomie un caractère particulier d'intelligence malicieuse. Aucune malformation n'existait sur l'ensemble du corps ; toutefois, la voûte de son palais était légèrement ogivale ; quelques dents, vicieusement implantées, chevauchaient l'une sur l'autre aux deux mâchoires ; le lobule de ses oreilles était un peu adhérent ; il n'y avait pas chez lui d'asymétrie faciale et le crâne paraissait normal.

Ses pupilles oculaires étaient égales ; sa parole n'était pas hésitante ou embarrassée ; il n'avait de tremblement ni à la langue, ni aux extrémités supérieures. Ses sens étaient intacts ; ni dyschromatopsie, ni rétrécissement du champ visuel. Il était porteur, au-dessous de la malléole externe du pied droit, d'une petite plaie en voie de cicatrisation.

Il était de toute évidence qu'au point de vue intellectuel Ch.... était aussi bien, sinon mieux doué que la moyenne des individus de sa classe et de sa condition. Nous savions aussi, par certains détails du dossier, qu'il laissait fort à désirer au point de vue moral, et je pouvais déjà, par anticipation, avancer qu'il était foncièrement menteur.

Ceci dit, j'arrive aux explications successivement fournies par l'inculpé dans mes entretiens, où il se montra tout à fait en possession de lui-même, et que je résumerai rapidement. Ch...., qui paraissait d'ailleurs plutôt embarrassé, me fit d'abord connaître qu'ayant quitté son lieu de naissance, il habitait La Villeneuve-aux-Fresnes, où son père avait acheté un petit bien. Lors de cet achat, il avait fait trois ans de service militaire dans le génie, à Epinal, avant de rentrer définitivement dans ses foyers et vivre avec ses parents. Ch.... passa sous silence la mauvaise réputation de ceux-ci et la sienne, et, quand je lui rappelai le propos rapporté sur son compte par un de ses anciens maîtres, il protesta énergiquement en déclarant qu'il n'avait jamais rien dit de pareil. Il partit de là pour critiquer son ancien patron et incriminer la malveillance pour sa famille de tous les habitants de La Villeneuve, et me parut disposé à attribuer à l'un d'eux l'incendie de la maison de ses parents, ce qui, nous le savions, était totalement dépourvu de vraisemblance.

Prié de m'indiquer les circonstances de cet incendie, l'inculpé me déclara qu'ayant pris le train avec son père, dans le but d'aller acheter du bétail, ils firent rencontre d'un individu qui leur avait dit qu'ils n'en trouveraient pas à Breuvannes, où ils se dirigeaient. Il aurait alors dit à son père d'y aller quand même, et ils se seraient rendus dans cette localité, chez un de leurs amis du nom de P...., dont il avait dessein d'épouser la fille, pour s'établir à son compte dans ce village. Cette explication, à coup sûr ingénieuse, du but de leur voyage à Breuvannes, faisait honneur à l'imagination de l'inculpé; mais, sachant aussi, par la déposition de P... lui-même, que la visite de Ch.... et de son fils *n'avait eu aucun mobile apparent*, que leur arrivée fut une surprise pour lui qui les connaissait à peine, et qu'enfin, ayant séjourné chez cet homme dont ils acceptèrent l'hospitalité jusqu'au lendemain, ni l'un ni l'autre ne s'occupèrent de leurs soi-disant projets, on était bien obligé de convenir que l'inculpé déguisait audacieusement la vérité, puisqu'en réalité Ch..., père et fils, ne savaient pas s'ils iraient à Breuvannes plutôt qu'ailleurs et qu'ils s'étaient munis d'une valise assez lourde.

Poursuivant son récit, l'inculpé me raconta ensuite que son père et lui quittèrent Breuvannes le 14 décembre, à 2 heures du soir, pour arriver vers 5 heures à Bar-sur-Aube, et enfin, vers 7 heures, à La Villeneuve, où ils trouvèrent leur maison incendiée de la veille, le feu ayant pris à 11 heures, d'après sa mère.

Ch.... glissa alors rapidement sur ce qui suivit, pour arriver à dire qu'à la suite de tout cela « il ne se rap-
« pelait pas ce qui s'était passé; qu'on avait dû l'en-
« fermer pendant trois ou quatre jours à la mairie
« de La Villeneuve, où ses parents lui apportaient à
« manger et où il était ligoté; que, transporté à l'hô-
« pital de Chaumont, il y était resté sept à huit jours;
« après quoi, on l'avait interrogé et conduit en prison,
« il n'avait jamais su pourquoi. Lors de son interroga-
« toire, le juge lui avait dit qu'il était dangereux, qu'il
« avait fait des menaces, mais ne l'avait pas accusé
« d'avoir mis le feu! » Toute cette période serait très
confuse, et il n'avait commencé à se ressaisir « que cinq
« ou six jours après son arrestation. M. Robert, qui

« serait venu aussi l'interroger, lui avait même dit, « mais il ne s'en rappelait pas, qu'il avait frappé sa « mère. C'est qu'alors il était tombé dans des attaques « comme des attaques de nerfs. Il aurait déjà été « malade d'attaques de nerfs en 1893, pendant trois ou « quatre mois et traité alors par le médecin de Bologne, « qui aurait prescrit le drap mouillé et un séton au « cou ». Invité à préciser ce qu'il ressentait à cette époque, Ch.... se borna à dire qu'il « était agité, ne « travaillant pas; que, pour lui, c'était une faiblesse « de sang, que les nerfs surpassaient (*sic*) », et on ne peut en tirer aucun autre détail, ce qui était bien singulier, les malades en général étant assez prolixes sur leurs souffrances, même passées; il était d'autre part, remarquable que Ch.... ne faisait aucune allusion à l'existence de troubles mentaux *contemporains*.

Somme toute, il apparaissait ainsi d'ores et déjà que l'inculpé, absent en réalité de La Villeneuve le jour de l'incendie, pouvait baser son système de défense sur un alibi certain à cette date; que son état mental, de son avou, n'ayant périclité que longtemps après l'incendie, celui-ci était indépendant de celui-là; qu'enfin le trouble mental hypothétique de Ch...., résultant d'attaques de nerfs, se serait caractérisé surtout par des actes agressifs accompagnés d'une amnésie plus ou moins complète. Comme, d'autre part, nous savions que d'apparentes divagations intercalaires se seraient produites au milieu de propos raisonnables et que l'inculpé était en outre lucide pour le moment, l'existence d'un réel état de folie antérieure me parut douteuse, et son amnésie alléguée plus utilitaire que réelle. En ce qui concernait cette prétendue amnésie, il me fut, en effet, démontré que Ch.... se rappelait parfaitement tout ce qui s'était passé à partir du 11 février. C'est ainsi qu'il se rappela, sur mon insistance, avoir consulté lui-même le Dr Danvé, de Colombey, se disant « énervé, que ses nerfs étaient plus forts que lui » (*sic*), qu'il lui fut prescrit une purgation, qu'il s'était énervé de plus en plus parce que ses parents avaient voulu lui en faire boire une seconde bouteille, qu'alors il s'était sauvé, à Lignol d'abord, où il se réfugia au café de la Réunion pour demander à manger, lorsque sa

mère venue à sa recherche l'emmena. Il se rappela bien avoir été visité par le médecin de Bar-sur-Seine, qui ne lui prescrivit rien, s'être enfui ensuite à Colombey, où le maire le conduisit chez un de ses cousins, dit « le Russe », et où il resta jusqu'au soir avant d'être ramené à La Villeneuve ; avoir été gardé à vue à la mairie pendant quelques jours avant d'être conduit à Chaumont, où, dès son arrivée, il avait mangé un bol de soupe offert par une sœur. Tous ces détails, énumérés chronologiquement par l'inculpé, établissaient, j'imagine, qu'en réalité, ayant gardé un souvenir suffisant de tout ce qu'il prétendait d'abord ignorer, son amnésie alléguée était de pure fantaisie.

Pendant ce temps, l'observation des faits et gestes de Ch.... à l'asile se déroulait négative, puisque cet homme ne déraisonnait nullement, n'accomplissait aucun acte insolite, mangeait et dormait comme un homme sensé, tout en demeurant cependant assez réservé, et ne se livrant à aucune occupation, qu'on ne lui imposait d'ailleurs pas. Or, soit qu'il se fût blessé volontairement ou non, comme Ch.... se plaignait davantage, que la plaie de son pied droit ne se guérissait pas, je le fis passer, le 23 avril, à l'infirmerie, estimant que son séjour au lit aurait raison de la lenteur de la cicatrisation. A ce moment l'inculpé n'était pas sans se douter que déjà mon sentiment à son sujet n'inclinait pas dans le sens de la folie, et mes réflexions dubitatives en sa présence n'avaient pas dû échapper à un esprit aussi avisé que le sien.

Dans le milieu nouveau pour lui de l'infirmerie, Ch.... ne se départit pas de son calme jusqu'au mercredi 5 mai. Il était occupé à lire un livre dans son lit lors de ma visite du matin ; s'étant habillé aussitôt après, le gardien lui fit observer que je ne l'avais pas autorisé à se lever en raison de sa plaie ; il répondit qu'il ne faisait pas de mal, celle-ci étant à peu près guérie. Dans l'après-midi, en se promenant dans le réfectoire de l'infirmerie, il conversa avec deux malades, et un des gardiens me fit connaître qu'il avait entendu l'un d'eux répondre à l'inculpé qui lui demandait si tous ceux qui venaient à l'asile en observation avaient été déclarés malades : « Tous ceux que le

« Directeur a examinés, je les ai vus, et ceux qu'il n'a
« pas reconnus malades ont été remis entre les mains
« de la justice. Il faut faire le fou pour se tirer d'aff-
« faire ; seulement, quand on ne l'est pas, c'est diffi-
« cile. » Ultérieurement interpellé sur cet incident, le
malade en question, qui possède ses facultés de raisonnement, confirma l'exactitude du récit du gardien.

Une heure environ avant le dîner du soir du même jour, on aperçut Ch.... qui, par intervalles, faisait des gestes bizarres et des grimaces, puis, après qu'il eut mangé, il commença, vers 7 heures; à déplacer l'une après l'autre les chaises du réfectoire, saisissant aussi les tables pour les soulever et les laisser retomber sans raison. Il fit ce manège jusqu'au coucher, vers 7 h. 1/2. Dans le cours de la nuit, il se mit à siffler des airs de danse, puis à causer tout haut, entrecoupant ses phrases d'éclats de rire bruyants, multipliés et sonnante faux. Enfin, après des intervalles de calme, se mettant à aller et venir dans le dortoir, il déplaçait les tables de nuit, dont il tirait les tiroirs plus ou moins brusquement. Comme le gardien l'invitait à se recoucher et à se taire, il répondit oui, en obéissant, mais ajouta, que « *c'étaient les autres qui lui faisaient faire tout cela* » (sic), sans désigner personne en particulier. Vers 4 heures du matin, il quitta de nouveau son lit pour aller ouvrir et fermer tour à tour les fenêtres, avec plus ou moins de bruit.

Pendant la journée du jeudi 6, on vit Ch.... faire des signes et des gestes bizarres avec ses mains qu'il retournait en dedans, en même temps que ses avant-bras; mais sa physionomie gardait son expression naturelle, et il parut d'autant moins troublé qu'il répondait pertinemment aux questions qu'on lui faisait. Au repas du soir, il se contenta de son pain et de son vin, mais, dès qu'il fut couché, ne tarda pas à se montrer aussi bruyant que la nuit précédente, poussant à chaque instant des éclats d'un rire forcé, et, comme le gardien l'invitait encore à se taire, il répondit comme précédemment : « *Oui, c'est tous les autres qui me font faire ça* » (sic). Après un instant de tranquillité, Ch.... recommença ses monologues à voix basse, entrecoupés des mêmes éclats de rire, et, sur le matin, quittant son lit, se mit à bouleverser sa literie, répon-

dant au gardien qui lui faisait de nouvelles observations en le menaçant de la camisole : « *Cela m'est égal.* » Il ne prit aucune part au déjeuner, mais comme il continuait ses extravagances, il fut fixé sur son lit. Ce fut ainsi que je trouvai Ch.... le 7 mai, à ma visite du matin. Malgré les incidents qui avaient eu lieu, sa figure était plutôt reposée et calme. Sans lui adresser la parole, je l'observai assez longuement, et il fut visible que cet examen muet l'embarrassait singulièrement car, sous mon regard, il détourna la tête tout en continuant de marmotter des paroles inintelligibles. Au bout de quelques minutes, il éclata de rire, prononçant ensuite, d'une voix ordinaire, des phrases sans signification, entrecoupées de nouveaux éclats de rire hors de propos. Puis comme il me vit prendre des notes il cessa en me coulant un regard en dessous. L'ayant invité à terminer cette comédie, il me répondit qu'il était malade depuis trois jours. Après mon départ, il se borna à grimacer, à murmurer à voix basse ou en remuant simplement les lèvres, puis il se tint sans rien dire environ une heure. Au repas de onze heures, il se contenta de manger du pain et de boire son vin. Ayant recommandé de le conduire aux agités dans l'après-midi et de l'isoler en cellule la nuit, le gardien lui fit part de ma décision, et Ch.... répondit qu'il ne demandait pas mieux.

Dès qu'il eut réintégré ce quartier, les malades, qui avaient déjà constaté qu'il était calme et raisonnable, ne furent pas peu surpris de voir Ch.... faire ses gestes hétéroclites en riant et causant seul; plusieurs d'entre eux ne manquèrent pas de lui dire : « *Tu fais la bête* », à quoi l'inculpé répliqua : « *C'est les autres* », et le chef de quartier lui ayant dit également : « *Ne faites donc pas le...* », il acheva aussitôt la phrase par un mot grossier en trois lettres, et confessa dans la soirée à un autre gardien « *qu'on lui avait recommandé de faire la bête s'il voulait s'en tirer* ». Au repas du soir, pendant que l'inculpé faisait mine de ne pas vouloir manger la soupe en cherchant à s'emparer du contenu des gobelets de ses compagnons de table, le gardien-chef, sur mes indications antérieures, fit à un de ses subordonnés, et assez haut pour être entendu de Ch....,

la réflexion suivante : « *Les maniaques mangent beaucoup habituellement, et il est étonnant que celui-ci n'ait pas faim.* » Aussitôt, l'inculpé se mit à manger sa soupe et tout ce qu'on lui servit.

On le fit coucher dans une cellule, où il se montra une partie de la nuit bruyant par ses monologues, et ses coups de pied dans la porte vers deux heures du matin. Le matin du 8, lorsqu'on pénétra près de lui, Ch.... était couché et, sur l'injonction qui lui fut faite de se lever, il se précipita sur le gardien qu'il frappa de ses poings et de ses pieds, ainsi que le collègue qui lui porta secours. A ma visite, le trouvant pieds nus et l'ayant invité à se joindre à ses compagnons dans la cour, Ch.... n'en fit rien et se mit à marcher sur les dalles en ciment de la galerie, et, comme j'insistais, il me fit comprendre qu'il redoutait de se blesser les pieds sur les pierres de la cour qu'il devait traverser. Dans la journée, il continua ses mêmes gestes bizarres, tournant ses avant-bras et ses mains, comme il l'avait déjà fait, tout en causant de la même façon. L'après-midi, en suite de mes instructions, le surveillant-chef fit encore, assez haut pour être entendu de Ch...., la réflexion suivante à un des gardiens du quartier : « *Ce malade a bien l'air d'un maniaque, mais il n'est pas comme les vrais maniaques, il ne gâte pas.* » Le même jour, vers 7 h. 1/2 du soir, l'inculpé fit ses excréments dans son pantalon, et plus tard, dans la nuit, en dehors du vase à ce destiné, évacua ses matières qu'il piétina même et dont il souilla la cellule. Le 9 au matin, lorsque le gardien vint ouvrir, Ch.... s'échappa tout nu dans la cour, et, pendant que le gardien le maintenait, il se baissa pour faire ses ordures, non diarrhéiques, sur les chaussures de cet homme.

Pendant le jour, il ne fit que gesticuler doucement, principalement quand on le regardait, tournant toujours ses mains de la même façon et marmottant, à voix peu distincte, des phrases inintelligibles. En même temps, plusieurs malades s'amuserent à singer son attitude d'un air moqueur, et Ch.... répétait sa phrase : « *C'est les autres.* » La nuit du 9 au 10 fut un peu moins bruyante ; l'inculpé ne fit que déplacer sa paille pendant la nuit, et n'avait point continué de gâter. A la

visite du lundi (10 mai), j'interpellai Ch... en l'invitant à cesser sa comédie et le prévenant que, s'il frappait les gardiens, ceux-ci étaient autorisés à lui rendre la pareille avec usure. Depuis cette injonction, il se tint très calme, très propre, mais continua ses gestes et ses contorsions des membres supérieurs, tandis que sa physionomie restait naturelle. On constata aisément aussi que, s'il s'apercevait qu'on l'observait, sa mimique s'accroissait ; il mettait parfois sa main devant ses yeux en écartant les doigts, pour pouvoir jeter un regard et souriait naïvement. Il fit des réponses sensées par intervalles, mangeant comme tout le monde, s'intéressant visiblement de temps à autre aux occupations des malades, dont certains persistaient à répéter ses gestes en le narguant. Ayant recommandé de le faire coucher dans le dortoir commun, il se montra fort calme, et, dans la journée du 12, ses gestes parurent un peu moins fréquents, ne se multipliant que s'il se sentait observé ; mais, tandis qu'il parlait assez bien aux malades, il n'en était pas de même avec les gardiens. Le lendemain 13, l'attitude de Ch.... fut sensiblement la même, et, aux gardiens lui disant que *« cela ne servait à rien de faire l'imbécile, qu'il partirait dans quelques jours »*, l'inculpé répondit *« qu'il ne le ferait plus »*, ajoutant *« qu'on lui avait conseillé cela à l'infirmerie ; que, s'il demeurait avec les fous, il le deviendrait »*. A partir de ce moment, Ch.... sembla petit à petit revenir à des allures normales, mais il prit la précaution de dire à ses compagnons qu'il avait déjà eu une crise semblable à l'état dans lequel il s'était trouvé, et, comme je lui demandais s'il se trouvait mieux, il me répondit qu'il se trouvait bien et qu'il ne lui faudrait plus que de la bonne nourriture et du repos.

Les jours qui suivirent ne présentèrent rien qui fût capable d'attirer particulièrement l'attention sur cet homme, dont les fonctions physiologiques s'accomplissaient normalement, mais qui, néanmoins, répétait encore de temps à autre des gestes équivoques, comme s'il eût voulu ne pas les cesser brusquement.

Dans un dernier entretien (du 28 mai) avec lui, Ch...., à qui je fis part de ma conviction sur son

compte, sembla ne pas me comprendre et m'entretint de sa santé, ayant, disait-il, besoin d'une bonne nourriture et d'une plus grande quantité de vin, comme s'il eût semblé ignorer le motif de sa présence à l'établissement. Lui ayant observé qu'il avait été placé à l'asile afin de juger sa véritable mentalité, et qu'il avait laissé échapper pendant ce temps des propos singulièrement suggestifs, l'inculpé, après avoir nié avoir tenu ces propos, se mit à me parler de ses partages avec ses sœurs, « *qu'il ne voulait de chicanes avec personne, qu'il n'aurait pas dû être en prison où on ne lui donnait rien à manger, etc.* ». Il m'apparut que ce verbiage oisieux, n'ayant aucun rapport avec ce que je lui disais, n'avait pour but que de se dérober. Lui rappelant encore que ma conviction était faite sur lui, j'annonçai alors à Ch.... qu'il passerait en jugement. Il me répliqua que « *cela lui était indifférent, ne demandant pas mieux que d'être jugé ; qu'on devrait réunir les Assises tout de suite, que cela ne lui faisait rien* ». De même qu'il me l'avait déjà soutenu, il persista dans ses dires qu'il n'avait pu mettre le feu ayant été absent, et prit soin de me faire remarquer que les symptômes de la maladie qu'il avait présentés « *venaient de ce qu'étant faibles, les nerfs avaient pris le dessus, mais qu'en vérité maintenant il se trouvait dans son état ordinaire* ».

Malgré cette dernière assertion, il est certain que si Ch.... avait depuis longtemps renoncé à faire les grimaces et les gestes dont nous avons parlé, il ne s'en obstinait pas moins encore à répondre souvent à côté de la question qu'on lui posait, alors qu'il venait de faire une réponse adéquate à la demande ; mais il était trop visible que cette manière de faire, destinée à imiter l'incohérence des idées, n'était encore qu'une nouvelle supercherie de sa part pour essayer de nous donner le change. Il apparaissait donc bien que, malgré ses efforts tendancieux destinés à faire douter de sa lucidité, Ch.... était alors tout à fait en possession de ses moyens, et il ne nous restait plus dès lors qu'à aborder le point de savoir si nous avions affaire à un fou ou à un simulateur.

La constatation immédiate qui s'imposait au seuil de la discussion de la mentalité de l'inculpé c'est que, si cet homme était aliéné, il le serait devenu pour ainsi dire subitement, puisque, depuis son tirage au sort au moins, indemne de tout soupçon de folie jusqu'au 10 février 1909, où il avait discuté avec intelligence et lucidité ses intérêts dans l'expertise des pertes causées par le feu, c'est à partir seulement du lendemain 11 qu'il se serait mis tout à coup à déraisonner par intervalles. Or, ce n'est pas à coup sûr avec une brusquerie semblable que débute, chez un homme jusque-là sain d'esprit et dépourvu de tout antécédent héréditaire, une maladie mentale qui, nécessairement, a des prodromes, ou, si l'on veut, des symptômes avant-coureurs de son explosion; d'où il suit que le fait d'une invasion subite de la maladie légitimait les réserves les plus expresses sur son existence chez Ch.... Mais il y avait mieux, et, en négligeant provisoirement l'analyse elle-même des divers symptômes observés chez l'inculpé avant son entrée à l'Asile pour ne m'attacher qu'à ceux qui se déroulèrent sous mes yeux, je pouvais, à l'aide des seules ressources de son observation, démontrer que Ch...., ce qu'on pouvait d'ailleurs pressentir, n'avait fait que jouer la comédie de la folie.

Tout d'abord, en effet, il ne saurait être un seul instant douteux qu'à son arrivée à l'Asile, le 10 avril, l'inculpé était bel et bien en pleine possession de lui-même, malgré son attitude d'apparence quasi-mélancolique; et, si l'on veut bien ne pas oublier encore que, jusqu'au 5 mai, rien d'insolite n'avait été noté à l'Asile dans sa mentalité, on ne sera pas peu surpris qu'il ait pu, à cette date, donner, sans aucun symptôme prémonitoire, des signes de dérangement d'esprit. Mais l'étonnement sera de courte durée si l'on réfléchit alors que, précisément, les signes de cette folie avaient fait suite aux propos si suggestifs de la conversation qui, comme nous l'avons vu, s'échangea entre un malade de l'Etablissement et Ch...., de sorte que le lien étiologique unissant les premiers aux seconds apparaissait suffisamment probant.

Le tableau schématique des symptômes présentés ensuite par l'inculpé apportait à son tour des éléments de conviction décisifs de la simulation intentionnelle de cet homme, en ce qu'il n'avait, avec un état d'agitation maniaque, seule hypothèse qui fût permise dans l'espèce, offert qu'une similitude de façade qui n'avait trompé personne. Et en effet, un agité maniaque n'aurait pas d'emblée bouleversé les tables de nuit l'une après l'autre, n'aurait pas marmotté, d'une voix plutôt éteinte, des phrases incompréhensibles suivies d'éclats de rire. Il ne se serait pas privé ensuite de manger aux repas, n'aurait pas craint de courir pieds nus sur les pierres de la cour de son quartier, aurait spontanément gâté à l'occasion, aurait continué à se montrer violent malgré la menace, n'aurait pas fait des gestes stéréotypés en gardant une physionomie placide et même souriante. Or, nous avons vu précisément que Ch.... avait bien maladroitement imité son rôle puisque, après avoir jeûné d'abord partiellement, il s'était décidé à manger aussitôt après la remarque du surveillant-chef sur l'appétit des maniaques ; était devenu malpropre dès qu'il eut appris que le gâtisme est un symptôme de la maladie dont il était censé souffrir ; avait cessé d'être agressif à la première menace de représailles ; était devenu du jour au lendemain propre et, enfin, avait persisté à faire des gestes étranges qui n'ont jamais été particuliers aux malades de l'espèce envisagée. Si j'ajoute que le maniaque, à l'inverse de Ch.... murmurant des mots inintelligibles, eût déclamé à haute voix ce qu'il aurait eu à dire, on m'accordera, j'imagine, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, que la différence clinique les séparant l'un de l'autre était aussi nette que celle du jour avec la nuit.

On remarquera que, pour établir la réalité de la simulation de l'inculpé, je ne tirais argument d'aucun des propos qui, échappés à cet homme ont été, en fait, l'aveu implicite de sa supercherie. Mais je ne saurais passer sous silence, sans la souligner, l'opinion que les malades eux-mêmes en contact avec lui ont pu se faire de sa mentalité. Or, sans y attacher plus d'importance qu'il ne convient, il n'en est pas moins acquis que, parmi les aliénés du quartier où il avait été placé,

ceux qui avaient conservé un certain raisonnement ne furent pas, comme on l'a vu, dupes longtemps de l'attitude de Ch.... et le lui firent d'ailleurs bien voir. Qu'on veuille bien se rappeler maintenant que l'inculpé avait donné des preuves manifestes de son aptitude à déguiser la vérité lorsque son intérêt l'y obligeait, et alors on devra convenir qu'il ne pouvait moins faire que d'essayer de donner le change sur son état d'esprit, son intérêt à agir ainsi étant d'autant plus puissant qu'il ne courait aucun risque.

S'il me paraît démontré que Ch.... ne s'était révélé à l'établissement que comme un simulateur plus ou moins adroit de la folie, il devenait de plus en plus admissible que les phénomènes survenus au dehors chez l'inculpé et attribués à un trouble mental ne relevaient pas davantage de l'aliénation mentale. En se reportant, en effet, à la description des manifestations insolites consignées dans le rapport du D^r Robert, on s'apercevait tout d'abord que la folie de l'inculpé ayant débuté le 11 février subissait une éclipse totale dès le 7 mars pour reparaître le 4 avril et disparaître encore le 10 du même mois, évolution déjà incompatible avec celle d'un accès véritable d'agitation maniaque, seule hypothèse permise en présence des symptômes décrits. Cette même hypothèse était victorieusement battue en brèche en considérant combien Ch.... s'était, par son attitude, séparé d'un agité maniaque véritable. Et en effet, jamais un agité maniaque n'aurait, pendant la nuit, causé doucement, quittant son lit pour changer la lampe de place, n'aurait parlé et raisonné juste par instants. Si on envisageait ensuite les actes successifs présumés insensés de l'inculpé, y compris ses deux fugues à travers champs pour gagner un village voisin, on était frappé de ce fait qu'ils avaient été la représentation assez fidèle de la conception particulière que le public se fait de la folie et qui semble pour lui consister surtout en actes agressifs, en extravagances parfois outrées, comme celles dont Ch.... avait été le héros jusqu'au jour où il avait été amené à l'hôpital de Chaumont.

Sans nier qu'un agité maniaque puisse, à un moment donné, être agressif, violent et désordonné, tout au

moins, il ne présente pas une systématisation aussi étroite que celle qui fut offerte par Ch.... qui, dès le 22 février, c'est-à-dire onze jours après le début des accidents, présenta même d'ailleurs une rémission dans les symptômes, telle qu'il put, à cette date, ne plus sembler, tant à l'économe de l'hôpital qu'aux personnes qui l'approchèrent, être atteint d'aliénation mentale. On ne pouvait, au surplus, qu'être fortifié dans l'opinion d'une simulation par l'attitude raisonnable des jours suivants qui, comme on l'a vu, fut celle de Ch.... dans le cabanon de l'hospice ; et si, après son incarcération à la prison, l'inculpé, redevenu conscient, parut, dès le 4 avril, de nouveau tout à fait fou au D^r Malaingre, sa folie ne s'était traduite, en somme, que par des actes désordonnés, parmi lesquels le fait de casser sa miché de pain en petits morceaux semés à terre n'était certainement pas le fait d'un agité maniaque, comme il pensait le faire croire en ne mangeant rien.

Je fus donc convaincu que, pas plus à La Villeneuve-aux-Fresnes qu'à l'hôpital et à la prison de Chaumont, l'inculpé n'avait présenté de signes légitimes de folie ; et s'il est vrai, comme j'en suis persuadé, que « *n'est pas fou qui veut* », ou se demandait en vain quelle cause plus particulièrement prédisposante aurait pu, chez l'inculpé, amener une folie dont le début avait été d'ailleurs si suspect. Était-ce l'accident survenu jadis dans sa jeunesse ? Il eût été puéril de le soutenir, car, en se reportant à la déposition du D^r Gaudy, on voyait qu'il s'agissait alors d'un cas d'hystérie, qui avait si peu compromis l'état mental de l'inculpé, en admettant qu'il l'eût même touché, que cela n'avait pas été un obstacle à ce qu'il fût plus tard soldat.

Au surplus, ce n'était pas l'état mental de la quinzième année que nous avions à apprécier chez Ch...., mais bien l'état actuel. Celui-ci nous sembla alors normal, à moins d'admettre que la simulation dont cet homme était convaincu faisait la preuve de la perte de son équilibre mental, comme si on ignorait que la simulation ne peut avoir cette portée qu'autant qu'elle se produit en dehors de tout intérêt. Or, l'intérêt de Ch.... à simuler la folie était remarquablement évident et, sachant qu'on ne poursuit pas un

fou, même lorsqu'il l'est devenu postérieurement aux faits dont on lui demande compte, il n'avait que ce moyen, en cas de réussite, de pouvoir éviter à coup sûr une condamnation possible. Le souci chez Ch.... de se soustraire éventuellement à une répression qu'il n'aurait pas dû redouter s'il n'avait pas été coupable, m'apparut si pressant que j'annonçai comme certain que, malgré le piteux avortement de son stratagème, cet homme ne se tiendrait pas encore pour battu. Alors qu'il avait cessé, comme on l'a vu, ses manifestations extérieures devenues stériles, il n'en continua pas moins, en effet, à faire parfois des réponses intentionnellement dépourvues de cohérence, comme celles d'un aliéné chronique, dans l'espoir que, malgré tout, subsisterait toujours un doute sur sa réelle santé d'esprit, et je déclarai que quand il aurait réintégré la prison, il serait capable de recommencer d'être tout à fait extravagant, sans se douter que sa persistance à faire le fou serait à la fois une preuve manifeste de la vigueur de son fonds mental et, par surcroît, de sa participation effective à l'incendie du 13 décembre dernier.

Je me crus donc autorisé à formuler mon jugement sur l'inculpé, et il se résumait dans les conclusions suivantes qui répondaient aux questions que m'avait posées le magistrat instructeur à son sujet :

1° L'inculpé Justin Ch.... jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles ;

2° Les troubles mentaux qu'il a présentés, tant au dehors qu'à l'asile pendant sa mise en observation, ne répondent à aucun type clinique de folie et sont manifestement le résultat d'une simulation utilitaire, dans laquelle il est à même de persister ;

3° Sa responsabilité pénale demeurant entière, il doit, en conséquence, être remis à la justice.

*
* *

Après le dépôt de mon rapport, Justin Ch.... dut réintégrer la prison de Chaumont, en attendant les assises, et je ne devais le revoir qu'à la fin de septembre. L'affaire de l'incendie de La Villeneuve-aux-Fresnes se

continua trois jours pleins et je ne fus cité que pour l'audience du 2 octobre. Voici, d'après un journal de la région, quelques traits sur l'attitude de notre accusé dans le cours des débats.

Son premier mot en entrant à salle d'audience, le premier jour, fut de dire : « *J'emm... la Cour* », et, pendant qu'on tirait au sort le jury, il enleva ses chaussures en disant à haute voix : « *J'ai mal aux pattes* ». Pendant la lecture de l'acte d'accusation, il continua à montrer qu'il était fou par les singeries les plus étranges, en murmurant des paroles plus ou moins incompréhensibles. Pendant l'interrogatoire de son père par le président, Justin Ch.... invectiva sa sœur Juliette dans des termes grossiers : « *Oui, oui*, disait-il, « *t'es la plus jeune, tu ne nous mèneras pas par le bout du nez. Respecte ta mère ou je te casse la g... ; tu as déjà été frottée, tu le seras encore ; je sais bien ce que coûte une canette de bière.* » M. le président l'invitant alors à se taire, sous peine d'être expulsé, il se tient calme pendant un moment, tout en se déchaussant, mais recommença bientôt ses extravagances. C'est alors que M. le président lui fit connaître qu'en vertu de l'article 10 de la loi de 1834 il allait le faire réintégrer à la maison d'arrêt, et Justin Ch.... de dire : « *Il n'est que temps, je ne suis pas Haut-Marnais, etc...* »

Cependant, comme il n'avait pas été interrogé, dès que l'interrogatoire de sa sœur fut terminé, il fut ramené par devant la Cour. A peine arrivé à son banc, Justin Ch.... se livra à une gymnastique effrénée, sautant dans celui de la presse et remontant dans le sien avec agilité, en riant aux éclats. On lui retira ses chaussures avant l'arrivée des magistrats et le colloque suivant s'établit entre M. le président et lui.

M. le président. — Ch...., Justin, levez-vous. (*Il se lève.*)

Q. — En quelle année êtes-vous né?

R. — En 1889. C'est une demi-tierce.

Q. — Ah! Vous avez fait de l'escrime?

R. — Non.

Q. — Dites-moi où vous êtes né?

R. — Je ne sais pas. Je n'étais pas là!

Q. — Votre farce est de mauvais goût. Votre situation est assez grave.

R. — Tant mieux.

Q. — Où avez-vous été employé? Aux travaux de la voie?

R. — A la voirie.

Q. — Vous faites des jeux de mots!

R. — Ça me plaît. J'ai été employé un peu partout; à Trépigny-les-Chaussettes.

Q. — C'est de la plaisanterie.

R. — C'est ce que je dis; le verbe avoir n'est pas le verbe être.

Q. — Vous avez été démasqué par le D^r Garnier. Il viendra.

R. — Ah! oui, vous voulez me faire croire que je suis myope; vous prenez votre lorgnon.

Q. — Ne faites pas le jocrisse.

R. — Non, le guignol.

Q. — Il faut mettre fin à cette comédie. Vous allez rentrer à la prison. En vertu de l'arrêt rendu ce matin, gendarmes, emmenez l'accusé.

R. — Je connais le n° 100.

Après quoi les gendarmes l'emmenèrent tandis qu'il s'esclaffait de rire.

Justin Ch... devait reparaître le lendemain, 2 octobre. Aussitôt entré, il recommença sa mimique antérieure, se mettant à rire en voyant la Cour. Pendant ma déposition, il fit des réflexions si saugrenues qu'on fut obligé de l'expulser, et je déclarai que ce qui

venait de se passer devant le jury aurait levé tous mes doutes si ma conviction n'avait été faite, et j'affirmai que l'attitude de Ch.... n'étant que la caricature de la folie, je le jugeais responsable. M. le Procureur de la République ayant alors demandé une nouvelle comparution de l'accusé, il fut introduit. M. le Président, s'adressant à lui, lui fit connaître que je le considérais comme simulateur. Justin Ch.... répondit : « On « me l'a déjà dit ». Comme M. le Président ajoutait : « N'est pas aliéné qui veut. C'est très difficile. Vous « êtes, d'après le docteur, *un jocrisse* » ; Justin Ch.... répliqua : « La glace que j'avais a fondu. J'ai acheté « un chapeau »... et autres mots sans suite.

M. le Président ajouta alors : « Vous avez déjà vu le « D^r Garnier ? » Justin Ch.... répondit : « Il me « connaît bien. Il était étonné que je sois pas à Saint-« Dizier » ; puis continua à tenir de nouveau des propos extravagants.

M. le Procureur m'ayant demandé, dans le cas où le jury acquitterait Justin Ch...., si un asile d'aliénés l'accepterait, ma réponse fut que cet homme n'étant pas aliéné, on ne pourrait l'enfermer.

Après les plaidoiries du ministère public et de l'avocat des quatre accusés, plaidoiries qui ne se terminèrent qu'à onze heures du soir, le jury revint, à l'étonnement de tous, de la salle de ses délibérations avec un verdict négatif sur toutes les questions, et M. le Président prononça dès lors l'acquittement des accusés et leur mise en liberté. Quoique étrange, le verdict du jury fut motivé, à ce qu'il paraît, par une erreur dans la position des questions, erreur d'après laquelle le minimum de la peine comportait les travaux forcés. Aussi, les jurés, qui auraient voulu une peine d'emprisonnement, ne pouvant même pas descendre des travaux forcés à la réclusion, préférèrent absoudre.

Ce quadruple acquittement aurait pu, en ce qui concerne notre héros Justin, lui suggérer de mettre un terme immédiat à sa simulation ; mais un aussi brusque retour à la raison, qu'il n'avait jamais perdue, en justifiant immédiatement mon sentiment à son sujet, aurait percé à jour, d'une façon trop significative, le stratagème de Ch...., et, comprenant qu'il ne devait pas cesser brusquement ses excentricités, il continua, après la formalité de la levée d'écrou, ses extravagances, paraissant agité. Les différents hôtels où la famille Ch.... se présenta alors pour passer la nuit, refusèrent de recevoir un tel hôte. Vers une heure du matin, le 3, les gendarmes, qui n'avaient pas cessé de l'escorter par mesure de prudence, l'amènèrent au commissariat de police, et, à cause de l'heure, il dut passer sa nuit au violon.

Dans la matinée, comme il ne se calmait pas, M. le D^r Robert fut requis pour l'examiner de nouveau. Après l'avoir longuement interrogé et observé, il resta néanmoins d'autant plus perplexe, en raison de la connaissance qu'il avait de mon rapport, que le commissaire, lui-même, lui déclarait qu'ayant déjà vu beaucoup d'aliénés, les paroles et l'attitude de Justin Ch.... ne rappelaient rien de ce qu'il avait constaté jusque-là chez les fous. Comme, dans le doute, on ne pouvait, à la rigueur, ni le mettre en liberté, ni le conserver au violon, il fut décidé qu'il serait placé jusqu'au lendemain à l'hôpital, et qu'il serait mis ensuite en observation à l'asile de Saint-Dizier, la famille se chargeant de tous les frais. On pensait qu'ainsi, en admettant que Ch.... n'eût pas voulu cesser brusquement de simuler la folie, il ne tarderait pas néanmoins à faire semblant de revenir à la raison, et M. le D^r Robert rédigea le certificat suivant :

« Je certifie que le nommé Justin Ch.... tient des

« propos désordonnés ayant quelque apparence de
« délire. Cet état psychologique a commencé après un
« incendie qui a détruit leur immeuble. Il s'est amendé
« quand il a été en prévention à la prison de Chaumont.
« Mais au bout d'un certain temps, un nouvel accès
« a nécessité son transfert à l'Asile de Dijon, où le
« D^r Garnier l'a considéré comme un simulateur.
« Ramené à la prison de Chaumont, il a eu un nouvel
« accès qui dure encore aujourd'hui. Il est donc néces-
« saire de l'envoyer à nouveau dans un asile d'aliénés,
« où il sera soumis à une nouvelle observation. »

Ce fut dans ces conditions que, le 4 octobre, Justin Ch.... fut conduit à l'asile de Saint-Dizier par deux agents auxquels il ne cessa de tenir des propos paraissant incohérents.

*
* *

La persistance chez Justin Ch.... d'un état que je continue à envisager comme le produit d'une simulation voulue de sa part, venait-elle donc ainsi infirmer les conclusions précédemment fournies sur son compte et très énergiquement renouvelées, le 2 octobre, à la barre de la Cour d'assises? Je le pense encore d'autant moins que la seule hypothèse qui eût été permise dans son cas, savoir l'existence réelle d'une excitation maniaque, n'avait pu et ne pouvait supporter le moindre examen critique sans être ruinée, tandis que celle de la simulation se continuant même après le verdict, s'adaptait bien à toutes les circonstances de fait relevées dans son observation et que, d'un autre côté, on n'ignorait pas que la mère de cet inculpé avait, à la prison, simulé le gâtisme pour se faire transporter à l'hôpital, et que sa fille Juliette avait déclaré, une fois arrêtée, qu'elle se laisserait mourir de faim pour

obliger le magistrat instructeur à la remettre en liberté.

Il importe donc peu, à mon sens, que Ch.... n'ait pas cru devoir cesser de simuler. Il ne pouvait en effet, c'est certain, ronblard comme il l'est, cesser brusquement de le faire, sans démolir niaisement ainsi tout ce qu'il avait laborieusement échafaudé et perdre de cette façon le bénéfice de sa simulation, alors que son état mental n'était pour rien dans son acquittement. Au contraire, en continuant à jouer son rôle, il faisait naître de nouveaux doutes sur sa réelle santé d'esprit, pouvait ruiner, dans une certaine mesure, les conclusions de l'expertise, et se préparer dans l'avenir, en se faisant accepter comme fou, une sorte de brevet d'impunité. Je crois avoir démasqué sa ruse et j' imagine que, malgré sa mise en observation, mes lecteurs estimeront qu'il n'était pas fou, à moins d'admettre, comme je le faisais remarquer au début de ces lignes, que sa folie est précisément prouvée par sa simulation, solution évidemment élégante pour l'expert, puisqu'elle lui permet d'être infailible à bon compte, mais désastreuse au point de vue social.

J'allais terminer ces réflexions sommaires lorsque j'ai appris que Ch...., conduit dans les conditions que l'on sait à l'asile de Saint-Dizier, n'avait pas tardé (trois ou quatre jours environ après) à se montrer raisonnable et lucide, ce qui était d'ailleurs facile à prévoir. J'ai appris en outre que, dès le milieu d'octobre, sa sortie n'était plus qu'une question de jours. Ch.... Justin, n'avait plus ainsi, pour remplir son programme et achever sa comédie, qu'à sortir guéri!!!

25 octobre 1909.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1909

Présidence de M. LEGRAS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

MM. Delmas, Dromard, Lallemant, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Bernardo Etchepare, de Montevideo, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de M. le Dr Yrigoyen, de Saint-Sébastien (Espagne), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Trénel et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

Le compte rendu de l'Assemblée générale du 18 mars 1909 de la Société du patronage des aliénés sortis guéris ou convalescents de l'asile départemental d'aliénés de Bron (Rhône).

Mort de MM. Fusier et Lombroso.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, la mort ne se lasse pas de faire sa triste moisson parmi les membres de notre Société. J'ai à nouveau à vous annoncer les décès de deux de nos collègues, les Drs Fusier et Lombroso.

Fusier est décédé octogénaire. Il était, je crois bien,

notre doyen, et depuis très longtemps il faisait partie de notre Société à titre de membre correspondant. Modeste, il ne fréquentait guère nos séances, et comme médecin-directeur d'un asile d'aliénés, celui de Bassens, il apporta dans ses fonctions un zèle et un dévouement qui honorent toute son existence, entièrement consacrée au traitement de la plus épouvantable des infortunes, la folie. Honnête et consciencieux, il emporte toute notre estime, et il disparaît laissant un souvenir de probité professionnelle qui met autour de son nom une auréole qui n'est pas sans éclat. Il était chevalier de la Légion d'honneur.

Lombroso était membre associé étranger de notre Société. Ancien élève de Virchow, il s'adonna à l'étude des sciences psychiatriques et criminologiques. C'est dans ces deux branches qu'il s'est fait un nom qu'on peut qualifier d'universel. Mais c'est surtout par ses trop hardies conceptions dans l'étude de la criminalité qu'il a attiré sur lui l'attention publique. Par sa création de la théorie du criminel-né, il a un moment émotionné le monde savant. Mais bientôt il fut constaté que les signes que Lombroso assignait à son criminel-né se rencontraient aussi chez des personnes absolument indemnes de mauvais penchants, et dont l'existence était tout à fait conforme à la plus stricte morale. Dès lors la théorie de Lombroso tomba, et on peut dire que, maintenant, la clinique en a démontré toute l'exagération, toute l'inanité. Seulement, au cours de ses études il a eu un très grand mérite : il a attiré l'attention sur certaines malformations morales, qui se rencontrent chez certains criminels ou délinquants : malformations qui entraînent logiquement, et surtout médicalement, une atténuation de la responsabilité pénale des individus qui en sont frappés. C'est là un vrai titre de gloire pour Lombroso : il a su former l'opinion des magistrats à ce sujet. Et si l'on peut regretter qu'il ait eu trop recours peut-être à la tapageuse publicité il lui sera certainement beaucoup pardonné, en considération de l'idée de l'atténuation de la peine dont il a scientifiquement démontré la justification dans certains cas de délits ou de crimes.

Un cas de délire des négations par Cervantès.
Le licencié Vidriera,

par M. TRÉNEL.

Parmi les admirables observations d'aliénés qu'a laissées Cervantès (1), il en est une, le conte du licencié Vidriera, qui n'a pas, je crois, été analysée au point de vue de la médecine mentale. Mérimée, cependant, dans une préface bien connue à une traduction de Don Quichotte, en dit quelques mots. Dans la traduction qu'il en a fait paraître, Foulché-Delbosc touche le problème mental et donne à ce sujet une intéressante indication sur laquelle je reviendrai. En Espagne même, d'après le Dr Mas Cazamada qui a bien voulu me renseigner à ce sujet, il n'aurait pas été fait d'étude médicale de ce conte. C'est à la traduction de Foulché-Delbosc (2) qu'il faut se rapporter pour cette étude; celle de Viardot n'est en partie qu'un pastiche — ingénument avoué d'ailleurs — où le traducteur, plus traître qu'il n'est permis, donne au personnage principal une personnalité nouvelle et en fait un petit-fils de Sancho Pança, espérant sans doute allécher par cette supposition le lecteur.

Voici quelle est la fable:

Un licencié empoisonné par une femme qu'il dédaigne est pris de crises convulsives ressemblant à l'épilepsie. Après six mois de maladie, pendant lesquels il s'amai-grit considérablement, il finit par guérir. Mais s'il est

(1) Article « Cervantès » de la *Grande Encyclopédie*. — Charles. *Miguel de Cervantès. Sa vie, son temps*, Paris, 1866. — Mérimée. *Vie et œuvre de Cervantès. Revue des Deux Mondes*, 15 décembre 1877. — Dorer. *Die Cervantès Literatur in Deutschland*, Zurich, 1877.

(2) *Nouvelles de Cervantès*, traduites par de Rosset et d'Audi-guier, Paris, 1614. — *Les Nouvelles de M. de Cervantès*. Traduc-tion nouvelle par Charles Cololendi, Paris, 1678. — *Nouvelles de Cervantès*. Traduction de Lefebvre de Villebrune, Paris, 1755. — *Les Nouvelles de M. de Cervantès*, traduites par Louis Viardot, Hachette, 1858. — *Cervantès. Le licencié Vidriera*, Nouvelle tra-duite par Foulché-Delbosc, Paris, 1894. — Notre ami M. Augé a eu l'obligeance de nous relire entièrement le texte espagnol.

rétabli physiquement, il manifeste un délire singulier. « Il se releva guéri et bien portant mais fou, radicalement fou et de la plus étrange folie qu'on eût vu jusqu'alors, le malheureux s'imagina qu'il était de verre (d'où son surnom), et dans cette pensée bizarre, si quelqu'un s'approchait de lui, il jetait des cris perçants, et suppliait dans les meilleurs termes, avec les expressions les plus raisonnables, qu'on ne le touchât point, de crainte de le briser en mille pièces, et jurant qu'il n'était pas fait comme les autres hommes, mais qu'il était de verre de la tête aux pieds. »

Naturellement, les gens bien intentionnés veulent lui persuader qu'il est dans l'erreur, et le brutalisent ou l'embrassent, ce qui provoque des crises d'agitation et des syncopes. On finit par le laisser errer tranquillement, vêtu de vêtements amples qui le protègent. Il marche au milieu des rues pour que rien ne tombe sur lui et se couche dans la paille l'hiver, et en pleins champs l'été. Il se nourrit de quelques fruits, ne boit que de l'eau. Invité par un seigneur, il se fait transporter soigneusement emballé.

Durant tout ce temps, il ne cesse de parler par lazzis ; mais il est difficile de tirer de ses propos un caractère pathologique, car, comme le remarque l'un des traducteurs, c'est Cervantès souvent qui parle par la bouche du malade, bon moyen pour dire à chacun ses vérités sans trop de danger en pays d'Inquisition. Sauf les prêtres, tous sont pris à partie, du muletier au gentilhomme. Les médecins ne sont pas épargnés, soit dit en passant : « Seuls les médecins peuvent nous tuer et nous tuent sans crainte et de pied ferme, sans dégainer d'autre épée qu'une ordonnance. On ne peut découvrir le corps de leur délit, car ils le mettent aussitôt en terre. » Il n'est pas, non plus, de reste avec les magistrats : « Le juge porte des vipères dans son sein, des pistolets dans son écritoire et des foudres dans ses mains. » Tous ses propos sont dans ce style, mais ce n'est pas là un délire, et ces plaisanteries sont assez pauvres, ce qui excuse jusqu'à un certain point Viardot de les avoir remplacées par des proverbes.

Le malade a conscience de son état : il se souvient du temps où il était dans son état normal : « Une fois,

alors que je n'étais pas de verre, je fis un voyage... », dit-il quelque part.

D'un détail curieux, on peut inférer que le malade n'a pas perdu sa sensibilité : « Une guêpe le pique, il n'ose pas la chasser de peur de se briser ; mais il se plaint. » On lui demande comment il la sent puisqu'il est en verre. Il répond à cela par une plaisanterie en disant que c'est une guêpe médisante.

« Au bout de deux ans de maladie, le licencié guérit complètement par les soins d'un religieux de l'ordre de saint Jérôme, qui habitait un couvent à quelques lieues de distance. Ce bon moine s'était adonné dès sa jeunesse à l'éducation des sourds et muets, qu'il faisait en quelque sorte entendre et parler, et à la guérison des fous. Il eut pitié de Vidriera et l'emmena dans son couvent. » Il est regrettable, soit dit en passant, que Cervantès ne nous donne pas le nom de ce précurseur, ni de détails sur ses méthodes.

Le cas du licencié Vidriera est certainement bien observé et il est probable que Cervantès avait vu un aliéné de cette catégorie. On prétend même qu'il s'était inspiré du cas de Gaspard de Barth, philologue allemand qu'il a pu connaître. Ce dernier paraît en effet avoir été atteint de mélancolie sénile qui s'accompagne parfois d'idées de possession et de négation. L'un de ses biographes s'exprime ainsi à son sujet : « A la fin de sa vie, il disait être un abject pécheur et un infâme malfaiteur (1). » Ce sont bien là des idées mélancoliques. Mais on a contesté, d'autre part, que Cervantès l'ait connu.

Quel qu'ait été le modèle que Cervantès a copié, sa description est suffisamment explicite pour classer le licencié Vidriera, sinon par un diagnostic précis, du moins au point de vue purement symptomatique. C'est un cas net de transformation de la personnalité avec idées de négation. Il est en lui-même assez banal, mais les documents précis sur l'aliénation mentale dans les siècles passés sont si rares, si mal observés quand il ne s'agit pas de faits ayant donné lieu à des procès de sorcellerie, que nous devons nous trouver heureux d'avoir

(1) *Allgemeine deutsche Biographie*. Leipzig, II, 1875, d'après Foulché-Delbosc.

une description aussi précise : si celle-ci n'est pas médicale à proprement parler, elle est faite de main de maître. Cervantès attribue la maladie à un empoisonnement ; cette étiologie est peu probable ; un trouble aussi considérable de la sensibilité générale — si durable surtout — n'est guère compatible avec une intoxication aiguë ; s'il en était ainsi, il eût été passager comme cela a lieu, par exemple, dans l'intoxication par le *haschich* qui produit les sensations de transformation corporelle les plus intenses, lesquelles cessent rapidement. Peut-être, au fait, dans ce pays à peine libéré de la domination maure, le *haschich* était-il connu.

Une maladie générale grave précédée de convulsions, telle que la décrit Cervantès, pourrait être la cause directe de ces phénomènes psychiques. Qu'un semblable délire soit basé sur des troubles psychiques graves, c'est là une cause étiologique très acceptable. Il persiste tant que le malade se nourrit mal et vit misérablement. La guérison est obtenue dès qu'il est soumis à une hygiène convenable.

Le symptôme transformation de la personnalité physique reste très pur ; la personnalité psychique n'est nullement atteinte, sauf peut-être une légère excitation intellectuelle, un état hypomaniaque, des tendances raisonnantes. Ce malade interpelle tout venant, lui dit ses vérités, le tourne en ridicule. Ce ne sont que lazis, aphorismes, citations latines, calembours. Mais Vidriera reste bien orienté : il met seulement ses actes et sa conduite en rapport avec sa fragilité. Nous reconnaissons dans les précautions qu'il prend, dans ses terreurs, ses syncopes, des symptômes qui se rencontrent chez les malades de ce genre. Il est à remarquer que Vidriera n'est pas anesthésique, il souffre des piqûres d'une guêpe. S'il ne réagit pas, c'est qu'il craint de se briser ; et quand on lui fait remarquer qu'il sent, il semble qu'il cherche à se donner à lui-même le change. Cela est très bien observé, car s'il est des négateurs avec anesthésie complète, il n'est pas sans exemple de voir de tels malades qui, manifestement, *ne veulent pas sentir* (1).

(1) Le D^r Lwoff me suggère que l'absurdité du délire peut faire penser à une paralysie générale. Cela est admissible, quoique

Délire des persécutions systématique, hallucinatoire, évoluant pendant quarante-quatre ans sans démence terminale,

par M. J. SÉGLAS.

Messieurs, l'observation, que j'ai l'honneur de vous apporter appartient à un type clinique qui vous est bien familier, puisqu'il s'agit d'un cas de délire des persécutions systématisé hallucinatoire. L'intérêt qu'elle peut présenter porte sur les points suivants : quarante-quatre ans de délire, trente ans d'internement, mort à l'âge de soixante-dix-huit ans sans signes de démence. J'ajouterai que je connaissais personnellement cette malade depuis vingt-deux ans.

Une partie de cette observation a déjà figuré dans mes leçons cliniques : je me bornerai aujourd'hui, en la complétant, à vous en retracer les faits principaux, laissant de côté tous détails inutiles.

M^{me} R... est née en 1831. Elle perdit toute jeune ses parents, fut placée aux Enfants-Trouvés et adoptée ensuite par une vieille demoiselle, morte depuis longtemps. Elle avait deux frères qui, tous les deux, buvaient et l'un même a eu « la tête exaltée par la boisson ». Caractère sombre, aimant la solitude, ne se liant pas volontiers, toujours un peu envieuse. Réglée à onze ans et demi ; migraines fréquentes, surtout au moment des règles ; ménopause à cinquante ans.

Il est très difficile de fixer exactement l'époque de l'apparition des premiers symptômes du délire qui s'est développé insidieusement.

Néanmoins on peut, approximativement, considérer que le début des accidents vésaniques proprement dits remonterait aux environs de l'année 1865, la malade ayant alors trente-quatre ans.

Au début donc, vers 1865, il paraît n'y avoir eu que des interprétations délirantes. M^{me} R... trouvait qu'on s'occupait

Cervantès décrive le malade comme ayant conservé sa lucidité et guérissant. Mais on peut supposer aussi qu'il le guérit pour les besoins de la cause et pour tirer une moralité de son conte. Il serait intéressant, si l'hypothèse de M. Lwoff était exacte, de constater un cas de paralysie générale un siècle après l'introduction de la syphilis en Europe.

d'elle au lavoir, ne savait pas ce qu'on lui voulait; en rentrant chez elle, elle prétendait que tout était bouleversé, qu'on venait en son absence coucher dans son lit, lui voler ses vivres, mettre des hannetons dans sa chambre, faire entrer des chats chez elle...

En 1869, quelques jours après l'affaire Troppmann, elle entendit, une nuit, des cris partant de l'appartement situé au-dessus du sien. Son mari lui dit que c'était sans doute une querelle d'intérieur; mais elle fut convaincue que ses voisins avaient été assassinés, d'autant plus que la concierge à qui elle en parla eut l'air de ne pas comprendre.

Quelques jours après, elle entendait tout le temps du vacarme, des bruits, des sifflets, des ronflements de chaudières, des craquements dans les meubles, les serrures; elle vit et sentit de la fumée dans son appartement. Elle s'imaginait qu'on s'acharnait contre elle, sans savoir qui ni pourquoi, qu'on voulait la voler ou l'assassiner.

Un peu plus tard, elle entendit distinctement des voix injurieuses et menaçantes : « Sale vache... putain... Ton fils, nous le roulerons dans la boue... on te crèvera la peau avec un couteau... » Ces voix venaient de terre, des murs, de la cheminée, etc... C'étaient des voix d'hommes, de femmes, d'enfants, très distinctes et qu'elle entendait par les deux oreilles. Ils étaient invisibles, dit-elle. Persistance des interprétations.

Puis apparurent des hallucinations des autres sens, des troubles de la sensibilité générale, sur lesquels nous reviendrons plus tard.

Elle voulait sans cesse déménager, mais sa fille l'en empêchait et d'ailleurs, *ils* l'avaient avertie que c'était inutile, qu'ils la suivraient partout. Elle fit des réclamations au commissaire de police, mais sans succès, « sans doute parce qu'il était lui-même de la bande ».

En 1879, les accidents délirants redoublent d'intensité, surtout les hallucinations. On l'injurie d'une façon constante, elle entend les mêmes personnes partout où elle va. On veut l'assassiner : terreurs, fugues, idées de suicide.

La malade est internée : au bout d'un séjour à l'asile de quatorze mois, pendant lesquels elle est considérée comme atteinte de délire des persécutions avec hallucinations, elle entre en rémission et est reprise par sa famille.

Quelques semaines plus tard, nouveau paroxysme délirant et hallucinatoire nécessitant la réintégration (janvier 1881).

De 1881 à 1887, nous relevons dans les différents certificats les symptômes principaux suivants : délire des persécutions, fausses interprétations, craintes imaginaires, état hallucinatoire

généralisé, hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, troubles de la sensibilité générale : menaces de suicide. (Legrand du Saulle, Magnan, Moreau de Tours, J. Falret...)

En 1887, époque à laquelle commence notre observation directe, M^{me} R... se présente toujours sous le même aspect d'une délirante persécutée très hallucinée.

De 1887 à 1899, M^{me} R..., examinée à maintes reprises d'une façon toute particulière, n'a pas présenté de variations importantes dans les symptômes de sa maladie, mais seulement une extension progressive du délire, du fait d'hallucinations incessantes et d'interprétations délirantes de plus en plus nombreuses. Nous nous bornerons donc à rappeler son état au moment où nous l'avons présentée dans nos leçons cliniques, en 1895.

Le thème délirant est des plus banals.

M^{me} R... est poursuivie par une bande noire, d'au moins trois cents individus, vivant dans des souterrains, qu'elle appelle les inquisiteurs ou la bande des Vampas. Le chef de cette bande est sans doute un individu qui vendait du pain d'épice à Belleville. Ce sont tous des repris de justice, des échappés du bagne (bien qu'ils se disent des justiciers), des misérables qui en veulent non seulement à elle, mais à tous les honnêtes gens. Ils ont des affiliés partout : ils l'ont volée, ils veulent l'assassiner, la faire mourir à petit feu. Ils ont assassiné ainsi nombre d'individus qu'elle connaît. Bien des personnes, qu'elle a vues mourir, ne sont pas mortes, comme on croit, de leur mort naturelle, mais ont succombé sous les machinations de ces gredins. Le même sort lui est réservé, à elle et à toutes les personnes qui s'intéressent à elle.

Avant d'en arriver là, on l'a volée, et le but de ces persécutions était de lui soustraire des valeurs au porteur qu'elle possédait, environ 10.000 francs, dit-elle, et aussi de l'empêcher d'entrer en possession d'un don consistant en une petite somme, quelques milliers de francs, que lui aurait fait une personne qui l'avait adoptée à neuf ans et demi (ce fait paraît exact) et de recueillir l'héritage de cette personne qui l'avait instituée sa légataire. M^{me} B... reste donc très modeste dans ses prétentions.

Un des côtés les plus curieux de ce délire, c'est l'extension des interprétations rétrospectives, qui, déjà manifestes à l'entrée, se sont de plus en plus développées. Non seulement la malade transforme tous les faits actuels pour les mettre en accord avec son délire, mais elle agit de même pour tous les événements de son existence passée. Elle leur découvre ainsi une importance nouvelle qu'elle n'avait pas soupçonnée jusque-là. Elle remonte même dans le passé jusqu'à ses parents et à ses

grands-parents, qu'elle suppose avoir été en butte aux mêmes poursuites des Vampas.

Les idées délirantes sont très systématisées; M^{me} R... a en elle une conviction absolue, résistant à tout argument. Jamais d'ailleurs elle n'a cherché à les contrôler. Loin de là, elle trouve dans les faits les plus insignifiants, une gravure de journal, par exemple, les preuves les plus convaincantes. Quant à ses ennemis, ils sont toujours restés invisibles. Elle ne devine leur présence que par l'odeur de soufre et de fumée qu'ils exhalent.

D'ailleurs, tout le délire s'accompagne d'illusions et d'hallucinations multiples : odeurs épouvantables de choux pourris, de chloroforme, d'éther, de soufre, etc... ; goûts nauséabonds de viande gâtée, de vitriol... Du côté de la vue, illusions et même hallucinations (éclairs violacés produits par le vitriol que ses ennemis lançaient par les trous des murs : quilles de plomb, sans doute des piles électriques, suspendues par des fils au-dessus de sa tête; bulles passant à travers les murs et venant tomber dans les aliments, etc.). Comme à l'ordinaire chez les malades de cette catégorie, les hallucinations de la vue sont rares, en général élémentaires. De plus, la malade affirme bien avoir vu, mais n'est pas certaine que ce qu'elle a vu existât réellement. C'était probablement de la « lanterne magique ».

Du côté du toucher et de la sensibilité générale, sensations de vent, de chaleur, de piqûres; une fois elle a senti un crayon électrique tracer sur son bras le mot « commissaire »; sensations de décharges électriques, de pompe aspirante, à la tête, aux parties génitales...

Hallucinations génitales : la nuit, elle se sent bousculée et empoignée par des individus, comme des ombres, qui la violent. L'acte génital est absolument semblable à celui qu'elle accomplissait avec son mari, mais elle en est révoltée.

Toutes ces souffrances ont pour but de l'épuiser : elle ne s'explique pas comment elle peut résister.

Enfin viennent les hallucinations auditives qui, de tout temps, ont occupé le premier plan. Partout où elle a été, en quelque endroit qu'elle se soit trouvée, M^{me} R... a toujours été poursuivie par des voix injurieuses et menaçantes. Ces voix sont presque continuelles. Elles sont très faciles à distinguer des interprétations simples et des illusions de l'ouïe. Ces voix se font entendre à tout moment, alors même que cette dame est seule et dans le silence. Le plus souvent elles semblent venir de dessous terre. Elles sont très nombreuses, de timbres divers, dont quelques-uns lui sont familiers. Elle les perçoit par les deux oreilles, absolument comme si quelqu'un parlait réellement à côté d'elle. Jamais elle n'entend que des paroles désagréables ; les voix ne s'adressent pas seulement à elle ; mais

elles lui font part également de leurs projets sur d'autres personnes. Elles répètent tout ce qu'elle pense ; elle n'a même pas le temps de penser, qu'elle les entend dire ce qu'elle a dans l'idée (écho de la pensée). Ses interlocuteurs sont toujours restés « invisibles », dit-elle.

Depuis 1892, M^{me} R... a aussi des « voix intérieures » comme celles dont a parlé Victor Hugo, dit-elle. Celles-ci ne sont pas du tout entendues dans les oreilles comme les voix extérieures. Elles viennent directement de la bouche et lui font remuer la langue comme si elle parlait : « Je suis là, disent-elles, je suis dans toi, dans ta gueule. » « Je ne le crois pas, ajoute-t-elle, mais on dirait vraiment qu'ils sont en moi. » Lorsqu'elle lit, ils lisent avec elle *dans sa bouche*, absolument, dit-elle, comme si elle était double ; mais ils lisent bien comme elle et ne la contredisent pas. Injurieuses comme les voix extérieures, elles parlent souvent en même temps qu'elles, disant des choses différentes ou alternant comme dans une conversation. Si les voix extérieures, auditives, sont presque incessantes, les autres, les voix intérieures, sont intermittentes.

Toutes ces hallucinations s'associent souvent entre elles : par exemple, en même temps qu'on la pompe aux parties génitales, elle entend le bruit de la pompe qui marche, etc.

Comme réaction, elle ne présente qu'une graphomanie continue : elle couvre des cahiers entiers du récit des méfaits des Vampas et ne cesse d'adresser des lettres aux autorités administratives et judiciaires, pour réclamer une descente dans les souterrains qui servent de repaire à ces bandits.

De 1899 à 1909 les interprétations, les hallucinations persistent sous la même forme ; et nous n'avons à signaler pour cette période que les faits suivants. D'abord la disparition complète des voix intérieures ; les voix extérieures restant les mêmes ; puis la personnification des persécuteurs. M^{me} R... a découvert que les persécutions des Vampas étaient dirigées par Rothschild, Félix Faure, et une maîtresse supposée de ce dernier, internée à la Salpêtrière comme soi-disant malade. De plus sont apparues de véritables idées de grandeur : M^{me} R... a su par ses voix qu'elle avait, sans s'en être doutée jusqu'ici, une fortune de deux millions, gagnée à la loterie ; et c'est dans le but de s'en emparer que ses ennemis n'ont cessé de la poursuivre, de chercher à la faire disparaître. Le système délirant est donc complet.

J'ajouterai enfin (et c'est là le point le plus important de ma communication) qu'en 1909, dans les derniers mois de sa vie, M^{me} R... ne manifeste pas de symptômes de démence. C'est une petite vieille, propre, alerte, portant allègrement

ses soixante-dix-huit ans, et paraissant à peine son âge. Elle ne présente aucun des symptômes si fréquents chez les aliénés chroniques. Jamais on n'a remarqué chez elle, par exemple, de stéréotypies de costume, d'attitude, de gestes, de paroles : elle ne monologue pas ; à part le mot de Vampas, son langage n'est émaillé d'aucun néologisme. Très correcte dans ses vêtements, sa tenue, sa conduite, elle vit dans l'asile sans attirer l'attention, et malgré son âge est une des travailleuses les plus régulières de l'atelier de couture. Son langage est correct, et l'on n'y relève ni incohérence verbale, ni incohérence des idées. Absolument lucide en dehors de son délire, elle fait encore preuve en l'exposant d'une grande activité intellectuelle. Sa mémoire est restée très nette, aussi bien pour les faits anciens que pour les faits récents. Non seulement elle peut rappeler des événements réels, survenus dans le service, il y a vingt ans, mais elle sait encore les noms des derniers internes, des malades qui sont entrées et sorties, récemment, etc... Les sentiments affectifs sont bien conservés : elle ne témoigne ni indifférence, ni égoïsme, ni sensiblerie. Elle parle volontiers de ses enfants, de ses petits-enfants, s'intéressant à ce qu'ils font au dehors, les reçoit affectueusement les jours de visite et les reconduit à la porte du parloir avec sollicitude, leur faisant toutes sortes de recommandations pour leur santé...

M^{me} R... est morte le 25 avril 1909 d'une broncho-pneumonie compliquée d'accidents cardiaques. Elle est restée jusqu'à sa dernière heure à la fois délirante et lucide en dehors de son délire, se rendant compte de son état, remerciant la surveillante, les élèves et moi-même des soins dont on l'entourait, mais ajoutant qu'ils étaient bien inutiles, et que l'heure enfin était venue où les Vampas auraient le dernier mot.

Ce résumé de l'observation de M^{me} R... nous montre que nous sommes ici en présence d'un cas de délire des persécutions systématisé, hallucinatoire. Mais ce diagnostic symptomatique peut être encore précisé, et l'étude de l'évolution des symptômes, ou de l'affection envisagée dans son ensemble, nous permet de reconnaître ici un exemple de la forme décrite par M. Magnan sous le nom de « délire chronique ».

En effet, de 1865 à 1869, nous avons une première période, exclusivement caractérisée par des interprétations encore vagues.

En 1869 commence la période délirante proprement dite dans laquelle le délire se systématise, la croyance aux persécutions s'affirme à l'aide d'interprétations

déliirantes de plus en plus extensives et d'hallucinations répétées de plus en plus nombreuses et précises. Le mode de développement des hallucinations pendant cette longue période est lui-même à considérer. Tout d'abord apparaissent les hallucinations auditives avec leur évolution souvent décrite, allant de l'hallucination commune à l'hallucination verbale, à l'écho de la pensée, puis aux voix intérieures. L'apparition de ces hallucinations est suivie de celle des hallucinations des autres sens : vue, goût, odorat, sens génital, et des troubles de la sensibilité générale.

Dans une dernière période, de 1899 à 1909, le thème délirant reste le même; les interprétations, les hallucinations diverses continuent; mais nous voyons se produire la personnification des persécuteurs et le système se complète par l'adjonction de l'idée d'une fortune imaginaire considérable.

Cette évolution symptomatique me paraît bien caractéristique, c'est celle du délire de persécution hallucinatoire du type Lasègue-Falret, du délire chronique de Magnan moins la démence.

Vous vous rappelez certainement, Messieurs, la discussion qui eut lieu ici même, sur la démence dans le délire chronique, entre MM. Magnan et Falret. Je n'y reviendrai pas.

La même question se pose encore aujourd'hui, mais sous un autre point de vue, celui de la délimitation de la paranoïa.

Vous savez, Messieurs, que sous l'impulsion de Kraepelin, la conception la plus récente de la paranoïa est basée sur l'absence ou la présence de signes de démence. La délimitation de la paranoïa reposerait ainsi sur les caractères suivants : absence de démence, conservation de la lucidité, de la cohérence des idées, de la volonté, de la correction de la conduite. Il est à remarquer que la paranoïa ainsi comprise repose essentiellement sur des interprétations.

Tous les autres cas, où se remarqueraient des signes plus ou moins rapides et marqués de démence, où l'hallucination est fréquente, multiple et durable, devraient être mis à part, dans la démence paranoïde, où se trouve ainsi rangé le délire chronique de Magnan.

Il résulte de cela que notre malade, délirante chronique, deviendrait ainsi *de plano* une démente, démente paranoïde.

Vraiment, je me demande pourquoi ?

Ce que j'ai dit tout à l'heure de son état mental dans les derniers temps de sa vie me semble suffisant pour prouver qu'elle ne présentait pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Jusqu'à sa dernière heure, quoique toujours délirante, elle a conservé toute sa lucidité ; elle n'a jamais cessé de faire preuve d'activité intellectuelle. Soit qu'elle parlât de ses convictions délirantes ou de choses qui leur étaient étrangères, jamais elle n'a manifesté d'incohérence ni des idées ni du langage. Jusque dans ses derniers instants, elle a fait preuve de sentiments affectifs. Sa conduite à l'asile a toujours été correcte ; elle a toujours travaillé jusqu'au jour où elle s'est alitée pour mourir. Jamais on n'a noté chez elle la moindre stéréotypie quelle qu'elle fût...

Où donc trouver des signes de démence ? Dans son délire ? Dans ses hallucinations ?

Dans son délire ? Il me semble que délire n'implique pas forcément démence, et qu'un délire n'est démentiel que s'il révèle par certains traits une démence sous-jacente.

Or, ici, le délire, toujours cohérent, ne traduit guère que l'exubérance de l'imagination, une tendance à la fabulation en même temps qu'à l'interprétation avec un manque évident de contrôle et de critique.

Est-ce que, par hasard, ce seraient là des caractères démentiels ? Or, nous savons fort bien que la fabulation et l'interprétation n'ont jamais été l'apanage exclusif des déments. Et l'absence de critique elle-même qui, en pareil cas, donne à l'interprétation une valeur particulière, n'est-elle pas le trait caractéristique de la mentalité du vrai paranoïaque ? De telle sorte que si nous devons considérer, chez le délirant systématique, cette absence de critique comme un symptôme démentiel, nous serions logiquement amenés à considérer comme des déments les véritables paranoïaques eux-mêmes.

Il est vrai que ceux-là ne sont que des interpréteurs, alors que ma malade était en même temps une

grande hallucinée. Certains auteurs ont voulu établir des rapports étroits entre l'hallucination et la démence, et c'est même sur ce point que repose la doctrine napolitaine de la folie sensorielle, opposée à la théorie allemande de la démence précoce. Sans aller aussi loin, on a vu dans l'hallucination un symptôme d'une dissociation de la personnalité. C'est là une question que j'ai abordée autrefois dans mes leçons cliniques. Je me bornerai à rappeler aujourd'hui que l'hallucination sensorielle du persécuté, objectivant seulement l'automatisme dans le monde extérieur, n'intéresse la personnalité que dans ses rapports avec l'extérieur, c'est-à-dire les données de la connaissance plutôt que le moi intime. De plus, si l'hallucination sensorielle est une petite synthèse mentale qui échappe un instant à la conscience, elle y retourne presque immédiatement. Méconnue en tant que fait de pensée, elle est aussitôt reprise comme fait de perception, et, sous cette forme, elle s'incorpore si bien à la personnalité, elle adhère si étroitement aux autres pensées, qu'elle leur apporte un élément de croyance et de certitude.

L'hallucination sensorielle se distingue en cela de l'hallucination motrice ou psychique (voix intérieures) qui, elle, intéresse plus profondément le moi. J'ai insisté jadis sur ce point. Ces hallucinations spéciales se rapprocheraient ainsi de ces délires que Kraepelin appelle d'influence directe et auxquels il attribue une signification démentielle comme témoignant de la perte de la volonté. Cela peut être exact, mais à la condition toutefois que ces symptômes persistent et que l'altération de la volonté, de la personnalité, qu'ils traduisent ait un caractère durable et s'organise.

Or, ma malade n'a jamais manifesté de délire d'influence directe; ses hallucinations motrices, toujours intermittentes, ont été de plus transitoires. Par suite, sa personnalité n'a pu subir, de leur fait, d'atteinte stable et définitive. A l'époque même où elle avait ses voix intérieures, elle a toujours lutté, résisté : « J'aimerais mieux, disait-elle, me mettre la tête sur le billot que de céder. » Si bien qu'elle entendait ses ennemis se dire, comme découragés : « Quelle tête ! Elle a une tête de fer ! Elle ne cédera donc pas ! »

Je me crois donc autorisé à conclure que ma malade ne présentait pas de signes de démence au moment de sa mort, à soixante-dix-huit ans.

Serait-elle devenue démente, si elle eût vécu plus longtemps? Naturellement, je n'en sais rien. En tout cas, si elle était venue à présenter alors des signes de démence, qui nous manquent aujourd'hui après quarante-quatre ans de délire, il n'est pas téméraire de supposer qu'ils n'auraient été dus qu'aux progrès de l'âge, tout comme chez les paranoïaques interprétants.

Voilà donc, Messieurs, une malade persécutée systématisée, avec hallucinations nombreuses et persistantes depuis de longues années, morte non démente!

Où la classer d'après la doctrine qui tend à prédominer aujourd'hui? L'absence de démence terminale devrait pouvoir nous autoriser à en faire une paranoïaque; mais, d'autre part, le caractère hallucinatoire persistant de son délire l'exclut du cadre de la paranoïa, pour la rejeter avec les délirants chroniques de Magnan auxquels elle s'identifie, et bien qu'elle n'ait pas de démence, dans le cadre de la démence paranoïde, variété de démence précoce!

Si, à propos de cette observation, il m'était permis de formuler une conclusion plus générale d'après les résultats de ma pratique personnelle des délires systématisés, je dirais qu'évidemment, il est de ces délires qui évoluent sans démence, d'autres où se révèle une démence progressive; que cette distinction, vérifiée maintes fois par la clinique, doit être maintenue; mais que, d'autre part, il n'existe cependant pas de barrière entre la paranoïa ainsi comprise et la démence paranoïde, qui, bien au contraire, sont reliées entre elles par une chaîne ininterrompue de formes cliniques. J'ajouterai, ainsi que je l'ai déjà dit il y a une dizaine d'années, que l'assimilation d'une partie des formes paranoïdes, notamment des formes systématisées, aux formes hébéphréno-catatoniques de la démence précoce, me paraît extrêmement discutable; et c'est ainsi que des cas, tels que celui que je viens de vous rapporter, me semblent beaucoup plus voisins de la paranoïa, même telle qu'on l'entend aujourd'hui, que de la démence précoce.

Il est assez curieux de constater que cette observation,

d'un type clinique classique, qui, il y a quelques années, aurait été considérée comme un exemple de « Paranoïa typica ou completa », ne pourrait même pas y trouver aujourd'hui une place... sinon peut-être à titre d'exception.

Ce fait et beaucoup d'autres, sinon semblables, du moins de portée analogue, et qui sont loin d'être rares, nous montrent ce qu'il y a de nécessairement provisoire dans les théories successives et les délimitations diverses de la paranoïa, qui varient suivant le point de vue auquel on se place. Et je me demande, aujourd'hui, où, pour avoir changé de face, le problème est aussi confus que jamais, si vraiment il n'y aurait pas intérêt à nous abstraire momentanément de la question doctrinale de la paranoïa et s'il ne serait pas préférable de chercher d'abord à fixer d'une façon plus précise nos connaissances cliniques et nosographiques, de nous borner à étudier de plus près et à grouper par catégories, au besoin nombreuses, les variétés de délires systématisés, de continuer en un mot l'œuvre si bien commencée par Falret, par Magnan, et qui vient de s'enrichir tout récemment de l'étude magistrale de nos collègues MM. Sérieux et Capgras sur les « délires d'interprétation ».

DISCUSSION

M. TRÉNEL. — L'observation que présente M. Séglas soulève toute la question de la paranoïa. Il faut nous féliciter de voir cette question remise ici à l'ordre du jour. Depuis les fameuses discussions sur le délire chronique elle n'avait pas été reprise par la Société; tandis qu'elle était étudiée ailleurs de tous côtés.

Le cas de M. Séglas représente un type sur la formule clinique duquel nous sommes à peu près tous d'accord. Mais à son sujet se pose la question des rapports entre les diverses modalités de délire systématisé.

Quelle parenté établir entre les délires systématisés hallucinatoires et non hallucinatoires? D'autre part, doit-on admettre une parenté entre les délires systématisés chroniques et les délires systématisés aigus?

Sont-ce là des formes d'une même maladie ou des maladies différentes?

Ces questions, maintes fois discutées, jamais résolues, il serait nécessaire de les solutionner autant que faire se peut, car nous nous débattons dans des difficultés inextricables pour poser des diagnostics précis dans une foule de cas qui n'ont peut-être que des ressemblances extérieures et non essentielles. Nous n'arrivons pas à les dénommer positivement et maintes observations sont inutilisables par suite de la discordance du vocabulaire. A ce propos je dois dire que le terme de paranoïa qui n'a pas acquis ici droit de cité serait bien commode, car il permet des dénominations variées si on l'emploie exempt de toute idée théorique. Le mot de délire systématisé manque de brièveté et me paraît supposer justement des idées dogmatiques. Devons-nous exclure complètement le mot de paranoïa ? Devons-nous le réserver à une forme particulière ou l'employer dans différentes acceptions en l'accompagnant d'une épithète ?

Toutes ces questions — et il en est bien d'autres — je ne puis que les signaler brièvement. Elles réclament, pour être clairement posées, la présentation de cas purs, bien définis, et qu'on puisse nettement catégoriser, tels que celui que vient d'exposer M. Séglas.

M. SÉGLAS. — En s'adressant à moi, je suppose bien que notre collègue fait appel au concours de toute la Société ; car la tâche qu'il indique est bien certainement au-dessus de mes forces, et je ne pourrais guère que formuler les mêmes desiderata que lui.

La réponse à toutes ces questions est d'autant plus difficile, qu'il faudrait, au préalable, être bien fixé sur le point de part, c'est-à-dire sur ce qu'on entend définir exactement par le mot paranoïa. Autrefois le type de la paranoïa, c'était le délire des persécutions hallucinatoires, le délire chronique de Magnan ; et les persécutés raisonnants, interprétateurs, processifs, ne trouvaient qu'à grand'peine leur place dans le cadre de la paranoïa. Aujourd'hui c'est l'inverse : le type paranoïaque est constitué par les délires d'interprétation, à l'exclusion des délires hallucinatoires, même systématisés, qui sont rejetés dans la démence paranoïde. D'autre part, la clinique ne nous montre-t-elle pas qu'entre ces persécutés, interprétateurs ou hallucinés, il n'y a pas de cloison étanche, que des formes intermédiaires les

relient les uns aux autres? MM. Sérieux et Capgras n'ont-ils pas signalé que des troubles sensoriels très actifs et de longue durée pouvaient transformer complètement la physionomie d'un délire d'interprétation? qu'une folie systématisée avec prédominance des interprétations pouvait arriver progressivement à la démence? De l'autre côté, des cas, comme le mien, ne prouvent-ils pas qu'un délire de persécutions hallucinatoire peut durer de longues années sans aboutir à la démence?

Je n'insiste pas : mais cela déjà ne nous indique-t-il pas tout ce qu'il y a d'artificiel, d'incertain, je dirais même de contradictoire, dans les conceptions successives de la paranoïa, très intéressantes à coup sûr au point de vue de la critique historique, de l'évolution des doctrines psychiatriques, mais dont aucune n'a encore pu nous fournir la solution des problèmes de nosographie clinique dont M. Trénel se préoccupe à si juste titre?

M. ARNAUD. — J'ai écouté avec l'intérêt le plus vif la belle communication de M. Séglas. Notre collègue a établi, d'une manière incontestable, que sa malade, après quarante années environ de délire systématisé et hallucinatoire, est morte sans avoir jamais présenté le moindre état démentiel. C'est là un document de plus à l'appui de la doctrine de notre maître J. Falret, doctrine que j'ai défendue de mon côté, et suivant laquelle les délires systématisés hallucinatoires, à évolution chronique, n'aboutissent pas ordinairement à la démence. M. Magnan enseigne, au contraire, que son « délire chronique » a pour terminaison naturelle la démence, et Kraepelin, allant beaucoup plus loin, range dans la « démence précoce », variété paranoïde, tous les délires systématisés hallucinatoires, y compris le « délire chronique » de Magnan. Ainsi se trouvent réunis, sous la rubrique « démence précoce », ces malades, *dégénérés* et *délirants chroniques*, entre lesquels M. Magnan établit une opposition irréductible! Si grande que soit l'autorité de Kraepelin, il nous est impossible, au nom de la clinique, d'accepter sur ce point sa manière de voir. Et des observations comme celle de M. Séglas sont bien de nature à fortifier notre opinion.

M. Ségla ne s'en est pas tenu à la simple démonstration de l'absence de toute démence chez sa malade. Il a discuté la question générale des rapports de la démence et du délire systématisé chronique. Avec sa pénétration coutumière, il n'a pas eu de peine à montrer que, ni les hallucinations, ni la nature des idées délirantes, ni, à plus forte raison, la systématisation du délire, ne peuvent être considérées comme des symptômes démentiels. Sur ce point encore, je suis de l'avis de M. Ségla, en conformité d'ailleurs avec la presque unanimité des aliénistes français. Pour renoncer à la distinction profonde, que la clinique nous impose, entre les délirants systématiques et les déments, il faudrait en venir à qualifier de démentiel tout délire et même tout symptôme d'aliénation.

Je voudrais présenter une dernière observation sur ce que nous a dit M. Trénel, de la *paranoïa* et du délire systématisé. M. Trénel préfère le mot *paranoïa*, parce que, dit-il, l'expression *délire systématisé* implique une théorie. Je ne suis pas tout à fait de son avis. Le terme *délire systématisé* exprime une simple constatation de fait, la cohérence et la suite logique des idées délirantes, rien de plus; il n'y a là aucune théorie. Le mot *paranoïa*, au contraire, qui serait excellent parce qu'il n'a aucune signification précise, a été compromis dans des théories successives et, d'ailleurs, contradictoires. Au début, et il y a moins de dix ans encore, on groupait sous ce vocable, en Allemagne, les délires systématisés en général; il y avait une *paranoïa* hallucinatoire et une *paranoïa* sans hallucinations. Aujourd'hui, on serait accablé de sarcasmes si on paraissait ignorer qu'il ne peut y avoir qu'une seule *paranoïa*, celle qui exclut sévèrement de son cadre tout délire hallucinatoire. J'en conclus qu'il ne faudrait peut-être pas professer une excessive admiration pour une rubrique dont la signification est à ce point variable, et qu'il est en tout cas prudent de ne pas abandonner nos claires expressions françaises, simplement conformes aux données de l'observation.

M. SÉGLA. — Je n'attribue pas aux stéréotypies, en toute circonstance, une signification forcément démentielle. Je m'en rapporte sur ce point à l'excellent

travail de notre collègue M. Dromard. Si j'ai insisté sur l'absence de stéréotypies chez ma malade, c'est seulement parce que, dans le cas particulier, en raison de la forme et de la longue durée de la maladie, leur présence aurait pu constituer une indication importante au point de vue de l'évolution vers la démence.

La séance est levée à 5 h. 50.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1909

Présidence de M. LEGRAS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Bonnet, Marchand, Philippe, Simon et Truelle, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. J. Voisin, demandant l'honorariat.
— M. Voisin étant dans les conditions exigées par l'article 4 des statuts de la Société, est nommé membre honoraire.

La correspondance imprimée comprend :

L'alcoolisme mental dans l'Uruguay, par M. Bernado Etchepare.

Rapport de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre séance précédente, vous avez désigné une Commission composée de MM. Briand, Trénel et Dupain, à l'effet de vous présenter un rapport sur les travaux scientifiques de M. le Dr Ciriaco Yrigoyen, de Saint-Sébastien (Espagne), qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre associé étranger.

A l'appui de sa candidature M. le Dr Yrigoyen nous a fait parvenir une liste de ses principaux travaux,

présentés aux Sociétés scientifiques espagnoles et étrangères, ou publiés dans diverses revues. Cette liste comprend un grand nombre d'ouvrages, d'articles, ou d'observations se rapportant à des sujets de pathologie interne ou externe, ou encore de thérapeutique. Je vous citerai seulement les titres de ceux ayant trait à notre spécialité. Tels sont les suivants : *Considérations sur le génie et le talent* ; *La neurasthénie dans la jeunesse et en particulier de sa forme miélasthanique* ; *La neurasthénie avec prédisposition, syndrome et maladie, les traitements employés* ; *La neurasthénie et l'arthritisme* ; *Premières assises d'un traitement contre la neurasthénie* ; *Influence de la suggestion dans les actes de la vie et dans la pratique médicale* ; *L'hypnotisme dans les diverses maladies* ; *L'hypnotisme en pédiatrie : sa valeur éducative comparée à la suggestion* ; *L'hystérie et la neurasthénie* ; *Nouvelles remarques sur le déterminisme du génie et du talent* ; *De quelle manière influe l'hystérie infantile dans les affections médicales et chirurgicales. Ses conséquences au point de vue de la thérapeutique.*

Par cette simple énumération, vous avez, Messieurs, un aperçu de l'activité scientifique de notre confrère espagnol, et j'exprime le regret de ne pouvoir vous donner par le détail l'analyse de chacun de ses intéressants travaux.

Votre Commission vous prie de faire un bon accueil à la demande de M. le Dr Ciriaco Yrigoyen et de lui décerner le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Yrigoyen est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

De l'origine périphérique du délire (1).

DISCUSSION.

M. LEGRAIN. — Dans la discussion qui se poursuit devant la Société sur les *délires d'origine périphérique*,

(1) *Suite et fin.* Voir les *Annales* de septembre-octobre 1908, p. 288, de mars-avril 1909, p. 282, et de juillet-août 1909, p. 61.

il faut rendre hommage à M. Picqué d'avoir, en ne considérant le problème qu'au point de vue des interventions chirurgicales à titre curatif, permis d'échanger des idées concernant la pathogénie des délires.

J'ai, pour ma part, longuement médité les arguments des uns et des autres, et j'estime que le terrain d'entente n'est pas aussi loin peut-être qu'on pourrait le penser.

En fait, si l'on délire par le cerveau, on ne fait pas de la folie qu'avec son cerveau. Je veux dire par là que le cerveau seul, s'il n'était point alimenté, à l'occasion, par des données venues d'ailleurs, ne créerait point la folie dans un bon nombre de cas. Et, en ne restant que sur le terrain de la pratique, il ne faut point négliger les influences éventuelles que nous livre la périphérie, ni nier leur importance dans la genèse des délires.

Je trouve que l'on a trop de tendance depuis la disparition des vieilles *folies sympathiques*, à centraliser sur le cerveau exclusivement toute l'attention.

Il en a été de cette thèse ce qu'il en est de toutes les doctrines par trop exclusives ; elles meurent. Faire du cerveau le centre réactionnel pur et simple de lésions ou de troubles périphériques, comme on le faisait au temps des folies sympathiques, c'était une première exagération.

Faire du cerveau la cause seule de la folie est une exagération en sens inverse. *In medio stat.*

Et si l'on a inventé la thèse très commode, et d'ailleurs très juste, du *terrain*, il n'en reste pas moins que ce terrain est fatalement en face d'un autre facteur ; qu'un terrain sans la *graine* est un terrain en friche. Et c'est de la périphérie, nous dit M. Picqué, nous disent, il faut le reconnaître, chaque jour davantage, maintes observations, que nous vient la graine.

Cela revient à dire que la folie, celle qui ne dérive pas d'une affection primitivement cérébrale parce qu'elle traduit une lésion matérielle de l'organe, la folie, dis-je, est, dans une grosse majorité des cas, une affaire de circonstances. Je suis de plus en plus convaincu que la folie la plus fréquente n'est point d'essence exclusivement cérébrale.

Ce que je dis n'est point sans importance, en un temps où, dans l'histoire évolutive de notre civilisation, l'on

est obligé de faire une si grande place à la dégénérescence. Les dégénérés cérébraux foisonnent en vérité, en même temps que les *minus habens* se multiplient. Si le cerveau suffisait à lui seul pour fabriquer de la folie, le nombre des aliénés dépasserait à coup sûr le chiffre connu. Au point de vue pratique, le seul en somme au nom duquel je me place aujourd'hui, la question *terrain* disparaît derrière la question *occasion*. C'est elle qui importe puisque c'est elle qui fera chavirer un cerveau faible, déséquilibré, qui mettra en jeu les éléments, les matériaux avec lesquels celui-ci fabriquera du délire. Tel, par exemple, un cerveau longuement imbibé d'alcool conservera pourtant son apparent équilibre jusqu'au moment où un traumatisme, une affection organique quelconque, rompant tout à coup l'équilibre, déchaîneront la tempête délirante.

Par suite, au point de vue de la pratique encore, on ne saurait trop louer l'homme qui, comme le chirurgien, prétendra prendre corps à corps l'*occasion* de la folie, et c'est, si j'ai bien compris la pensée de notre collègue, le vrai terrain sur lequel il a entendu se placer, celui des faits, de l'observation quotidienne. Il m'apparaît qu'il a été guidé par un sentiment d'humanité plus que par un esprit doctrinal.

Je pense, à ne considérer les choses qu'au point limité où je me place, que les folies peuvent se diviser en deux catégories : les *folies essentielles*, celles qui ne prendront leur origine que dans le cerveau, celles dont celui-ci fournira toutes les données, par exemple, la paralysie générale, — et les *folies réactionnelles*, celles qui traduisent des états variés extracérébraux, un état général tel que l'infection, par exemple, ou un état local tel qu'une affection organique de l'utérus ou de l'estomac. — Dans toutes ces circonstances, le cerveau participe alors concomitamment, tantôt plus, tantôt moins, selon les cas, à un processus général, ou bien alors il est sollicité à distance de réagir, ou d'interpréter dans un sens faux des données extracérébrales. L'expression de folies d'origine périphérique gagnerait peut-être à être muée en celle de folies d'origine extracérébrale.

En tout état de cause, le domaine des folies proprement *essentielles* n'est peut-être pas très étendu. Fau-

drait-il même y comprendre les délires systématisés qui paraissent pourtant bien au premier abord, d'essence purement cérébrale? Je n'oserais plus l'affirmer; j'y reviendrai tout à l'heure.

Quant aux autres, leur domaine est immense : les états confusionnels, les états aigus avec fièvre, les infections, septicémie ou autre, les intoxications, etc. J'y ajouterai volontiers les deux grands syndromes, manie et mélancolie, qu'il serait risqué, à coup sûr, maintenant, de mettre sur le compte du cerveau seul.

Ce sont les états mélancoliques que M. Picqué a visés tout particulièrement. Peut-il y avoir contestation sérieuse, et peut-on dire que la mélancolie n'est pas dans l'immense majorité des cas la traduction pure et simple d'un état de souffrance générale ou locale, ou d'une infection, sans lesquels un cerveau, même prédisposé, n'aurait rien fabriqué?

Au point de vue doctrinal, ce qui semble avoir séparé, par exemple, M. Arnaud et M. Picqué (je me rallierai à M. Arnaud au point de vue interprétatif), c'est la question du terrain. Pour M. Arnaud tout se ramène au cerveau, lui seul intervient; les influences générales ou locales ne pourront rien là où n'existera point la prédisposition. Pour M. Picqué au contraire, l'influence périphérique, un traumatisme, par exemple, pourra jouer un rôle créateur de troubles cérébraux. C'est ce concept qui d'ailleurs l'incite tout naturellement à attribuer à l'intervention une importance qui, sans être niable à mon sens, ne doit pourtant pas être exagérée. Il concevrait par exemple, comme légitime, l'intervention dans le cas d'une mélancolie chez qui l'on constaterait une affection utérine sérieuse, longue, opiniâtre.

Je suis de ceux qui croient qu'en cette matière il faut tout attendre de l'expérience, et qu'il faudrait bien se garder de conclusions *a priori*. Je ne répugne pas du tout en principe à l'idée qu'une opération, que je qualifierai de quelconque (mais motivée bien entendu), c'est-à-dire non liée directement, *en apparence*, avec les préoccupations d'un malade, mélancolique ou hypocondriaque, pourra fournir d'heureux résultats. Il ne faut être ni exclusif ni théoricien. L'expérience, en matière de cli-

nique, nous apprend chaque jour les choses les plus curieuses comme les plus inattendues.

On voit communément des affections oculaires ou cutanées, guéries par des interventions opératoires sur des territoires, tels que les dents, qui n'ont apparemment aucune connexion avec les régions considérées. L'histoire de la pelade, corrélative dans son éclosion comme dans sa disparition, de lésions dentaires ou autres plus ou moins lointaines, a son éloquence. J'en dirai tout autant du lichen et de combien d'autres trophonévroses cutanées. Pour en revenir à nos cérébraux, qui nous dira le rôle qu'ici peut jouer l'inconscient et et si telle mélancolique, ayant une vieille affection vaginale (toute infection mise à part) n'a pas trouvé dans son vagin la cause primordiale de sa dépression, sans même se l'avouer ? Les voies centripètes suivies par les sensations dans ces circonstances nous échappent totalement et la transformation d'une douleur physique en une douleur morale est un phénomène que nous n'avons pas le droit de nier.

Et si j'en viens aux folies systématisées, je me demande si là encore, contrairement à toutes les apparences, la périphérie ne joue pas un rôle capital dans la genèse des troubles délirants. Plus j'observe, plus j'en viens à considérer que le rôle des récepteurs sensoriels dans la grande psychose paranoïaque est plus considérable qu'on ne se l'est imaginé. Je ne veux point parler évidemment des désordres périphériques qui surviennent, par exemple, dans le cours de la maladie confirmée, qui peuvent exercer par ricochet sur le cerveau, une action d'appel et que le malade interprète secondairement, incorpore à son délire. Je citerai comme exemple un persécuté de mon service qui entendait parler dans un point très limité de son abdomen, où l'autopsie vint révéler subitement l'existence d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Mais ce à quoi je fais allusion, c'est aux troubles sensoriels du début de la période dite d'interprétation, de cette période encore si mal connue et qui fourmille en troubles qui sont manifestement sensoriels et exclusivement sensoriels. Bien avant qu'apparaisse l'hallucination qui, à mon sens, n'est déjà que confirmative d'un

délire qui s'est organisé dans le demi-conscient, le malade est la véritable proie de données étranges émanant de la seule périphérie. Or, pourquoi les malades interprètent-ils mal à ce moment, et pourquoi interprètent-ils mal de plus en plus ? Est-ce parce que tout à coup le cerveau juge mal, cerveau que pourtant l'on s'accorde à juger parfaitement équilibré jusque-là, ou ne serait-ce pas au contraire parce que les appareils sensoriels ne transmettent plus au cerveau que des impressions imparfaites ou fausses ? Comment un sensorium, même normal, qui déjà ne fait des jugements normaux qu'avec des éléments périphériques, serait-il capable de rétorquer de telles erreurs ? Il ne peut qu'affirmer, contradictoirement avec autrui, ce qu'il voit, entend, éprouve, et c'est ce qu'il fait largement. Et c'est bien ainsi que cela semble se passer en réalité. Le délire de persécution tout à fait éclos, je dirais tout à fait cérébral, n'est qu'une conquête du temps. Jusque-là, nous le savons, il n'est que vague, il s'échafaude. Et quand la systématisation sera parfaite, nous constaterons un produit cérébral, qui n'aura été à son début qu'un délire lentement sensoriel, c'est-à-dire périphérique.

Je ne vois pas pour ma part comment on pourrait expliquer autrement les différences d'aspect du délire confirmé. Si, en effet, tous les non persécutés se ressemblent, dans leurs traits généraux ; si la persécution est la marque caractéristique de leur mentalité ; si la systématisation progressive suit logiquement chez tous la même marche déterminée, nous observons que, dans les détails, chez l'un prédomineront les troubles de l'ouïe, chez l'autre les troubles cénesthésiques, et chez ces derniers, les génitiaux par exemple auront une physiologie à part. Quelle est la raison d'être de ces différences si les territoires sensoriels périphériques ne jouent pas un important rôle pathogénique ?

Je me suis, apparemment du moins, éloigné du terrain de la discussion, mais en fait j'y suis demeuré en expliquant par des exemples d'à côté l'importance qu'il faut savoir, dans la pratique, accorder maintenant à la périphérie dans la genèse de la folie. Ce n'est certes pas un retour aux folies sympathiques, suivant la conception ancienne qui imaginait des folies cardiaques, uté-

rines, ovariennes, hépatiques, etc., mais c'est l'extension du domaine, de ce que j'appellerais volontiers les *folies fonctionnelles*. M. Picqué nous a montré qu'au point de vue chirurgical, elles n'étaient pas tout à fait dénuées d'intérêt. Je pense qu'elles n'en manquent pas davantage au point de vue purement doctrinal.

M. PICQUÉ. — Plusieurs de mes collègues ont bien voulu prendre la parole à propos de ma communication sur l'origine périphérique de certains délires. L'importance des arguments qu'ils ont produits, pour ou contre les opinions que j'avais émises, m'a amené à différer longtemps ma réponse. Je tiens à m'en excuser tout d'abord.

M. Vigouroux, envisageant l'action des lésions infectieuses sur le délire, déclare que celle-ci ne doit plus être discutée quand il existe une prédisposition : il considère que quand la lésion infectieuse est chirurgicale, l'opération constitue le traitement rationnel de la lésion et du délire. Cette affirmation m'est précieuse parce qu'elle est formulée par un collègue qui s'occupe depuis longtemps déjà des délires d'auto-intoxication, et qu'en outre le rapport étroit qu'il admet avec moi entre le délire et l'infection est loin d'être généralement admis à l'heure actuelle.

En dehors de la confusion mentale et du délire onirique qui constituent le syndrome habituel du délire d'infection, notre collègue admet encore que l'infection dans ses diverses formes peut entraîner des troubles de la cénesthésie et de l'état émotionnel du sujet.

Ce sont d'ailleurs les seuls que j'ai envisagés, et ce n'est qu'incidemment que j'ai rappelé les formes où la confusion mentale est associée à la mélancolie, et dont j'avais autrefois entretenu la Société.

Nous sommes encore d'accord avec M. Vigouroux sur ce point important. Comme lui, j'admets qu'à côté des cas dans lesquels le centre cénesthésique où vient se refléter l'image de nos organes est primitivement lésé, il est des cas où celui-ci peut être lésé secondairement aux altérations des organes périphériques. Or, quelques auteurs sont exclusifs et prétendent que, dans tous les cas, le centre cénesthésique est primitivement lésé. C'est ainsi que M. Deny, à l'une de nos séances, déclarait

que le délire hypocondriaque systématisé était incurable et échappait à l'action de la chirurgie.

Nous verrons plus loin l'opinion qu'a formulée à cet égard M. Arnaud. C'est contre cette doctrine que je me suis élevé en lui opposant celle du somatisme périphérique que défend M. Vigouroux.

C'est d'ailleurs aussi l'opinion de M. Sollier, qui pense qu'à côté de l'hypocondrie congénitale ou constitutionnelle, on doit envisager une classe de malades qui ne sont que des simulateurs hypocondriaques de troubles organiques. Notre collègue admet que le sympathique peut être altéré consécutivement à des organes, et il affirme nettement que le délire peut reconnaître une origine périphérique, et qu'en conséquence l'ablation d'un organe malade peut agir sur le délire.

Il reste un point sur lequel je voudrais répondre à notre collègue. Dans les cas où il admet l'action de la lésion locale sur la production du délire, il ne s'agit pour lui que du délire infectieux; ceux-ci ne devraient pas rentrer dans les délires d'origine périphérique. Je le concède bien volontiers pour les délires toxiques dont je n'ai pas eu d'ailleurs à m'occuper ici. Mais pourquoi refuser la dénomination de délire d'origine périphérique aux cas où la lésion de l'organe qui lui a donné naissance est de nature infectieuse? C'est ce que je veux examiner ici. Je crois que les divergences qui existent à cet égard tiennent à ce qu'on comprend de façon différente le délire infectieux et qu'on confond à tort l'infection aiguë et chronique. Je me suis déjà expliqué sur ce point dans ma communication. Je pense, en effet, que la dénomination de délire infectieux aigu doit être réservée à une variété clinique spéciale dans laquelle le délire représente un élément secondaire dans le syndrome de la septicémie générale.

Son caractère est d'être inconstant et en tout cas transitoire, et de disparaître avec la maladie qui l'accompagne et lui sert de substratum. Ce délire constitue donc au premier chef un délire d'hôpital.

Dans le délire d'origine périphérique, qui a pour base une infection chronique, la septicémie qui l'a accompagnée au début a disparu. Elle a pu même ne jamais exister. En tout cas, le malade est toujours apyrétique.

Le délire n'y est plus transitoire, comme dans la forme précédente : il s'est installé peu à peu, est devenu permanent et conduit le malade à l'asile. C'est alors un délire d'asile qui ne ressemble par aucun caractère au délire d'hôpital.

La lésion qui lui a donné naissance, si l'on admet l'influence de l'infection dans la production du délire, siège sur un organe périphérique et ne s'accompagne plus d'aucun symptôme d'infection aiguë. Le délire peut être dès lors considéré comme un délire périphérique.

Je reconnais que les troubles mentaux sont parfois variables : tantôt, en effet, la lésion semble n'agir sur les centres que par l'élément douleur ; aucune manifestation générale n'existe ; c'est alors qu'on voit apparaître les troubles de la cénesthésie, comme dans le cas de moignon douloureux qu'a cité Vigouroux. Tantôt la lésion s'accompagne d'un état cachectique spécial sur lequel j'ai insisté ailleurs. Elle semble alors agir sur le cerveau par ses toxines : c'est dans ce cas qu'il se produit de la confusion mentale avec délire onirique.

Il en était ainsi chez la malade que nous avons présentée récemment avec notre collègue Leroy à la Société clinique de médecine mentale. Il s'agissait d'une lésion tuberculeuse du cæcum qui eût pu rester longtemps méconnue si la malade ne l'avait extériorisée sous forme d'un abcès ouvert dans la région inguinale.

La suppression de l'organe infecté entraîna, au troisième jour, la disparition du délire qui remontait à plusieurs mois. N'est-ce pas là un type de délire d'origine périphérique ? Pourquoi dès lors imposer, comme le veut M. Vigouroux, un sens restrictif au terme délire d'origine périphérique et ne pas englober dans la même catégorie les délires qui amènent les troubles de la cénesthésie et ceux qui produisent la confusion mentale ?

Je voudrais encore ajouter un mot à la communication de M. Vigouroux.

Notre collègue me demande pourquoi j'ai choisi un cas d'hyperchlorhydrie comme base de la discussion. Il rappelle en effet que les relations de l'hyperchlorhydrie et de la névropathie ne sont pas bien déterminées ; que, d'après certains auteurs, l'hyperchlorhydrie serait sous la dépendance de la névrose ; que, pour

d'autres, elle ne constituerait qu'une des manifestations d'un trouble général de la nutrition.

Certes, je pense avec lui que l'action propre de la lésion stomacale est malaisée à préciser, et j'ajouterai que la question n'est encore à l'heure actuelle qu'à la période des hypothèses ; aussi, j'estime que mon cas et ceux analogues sont intéressants à connaître, puisqu'ils apportent au débat des éléments propres à élucider ce délicat problème.

Notre collègue Arnaud, avec un talent d'exposition et une vigueur de conviction que je me plais à reconnaître, a surtout abordé la critique de ma communication par le côté doctrinal.

Sur la position même de la question, je voudrais tout d'abord présenter quelques observations.

M. Arnaud me rappelle en effet que, dans un précédent travail, j'avais surtout parlé du délire hypocondriaque, alors qu'aujourd'hui il n'est plus question dans ma communication que des états mélancoliques.

Je tiens à rappeler que j'ai pris le terme « état mélancolique » dans son acception la plus large, et que je n'ai jamais eu la pensée de le limiter aux réactions affectives et de l'humeur. Mon but a été d'envisager une série de formules délirantes, sinon précises, comme dans certaines formes de délire hypocondriaque, du moins assez marquées pour entraîner l'internement.

Nos malades ont été observés dans les asiles où ils n'auraient pas été maintenus s'ils n'avaient présenté que les réactions dont a parlé M. Arnaud.

Outre la dépression et le découragement, ceux-ci présentaient des idées d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, des idées de suicide, des préoccupations hypocondriaques, des idées de persécution, des illusions, et parfois des interprétations délirantes.

J'ai tenu à rester sur ce terrain, et ne pas envisager d'autres cas devant vous. C'est ainsi que j'ai laissé de côté les formules parfois complexes du délire hypocondriaque, comme le délire systématisé, parce que je n'en avais observé qu'un cas.

Récemment, j'ai eu l'occasion d'en observer un nouveau, dont je vous entretiendrai prochainement.

M. Arnaud, envisageant les rapports du délire hypo-

condriaque avec les lésions périphériques, émet une opinion formelle : il estime que la lésion périphérique ne peut rendre compte ni du développement du délire ni de son orientation vers l'hypocondrie. Pour lui, le rôle de la lésion se borne à localiser le délire. Pour les états mélancoliques dans leurs réactions affectives, il nous dit bien que l'accord est moins difficile à établir, et cependant il aboutit à cette conclusion que l'origine périphérique des états mélancoliques n'est pas plus démontrée que celle du délire hypocondriaque. Là encore, nous dit-il, « le cerveau n'est pas troublé par suite et en conséquence des altérations des organes ». Dans sa pensée, les deux catégories de symptômes relèvent d'une même cause.

Voilà bien la doctrine, mais est-elle intangible? et ne doit-elle pas, ici comme ailleurs, subir l'influence des faits observés?

Les seules doctrines acceptables à notre époque ne sont-elles pas celles qui procèdent de la généralisation de faits rigoureusement observés?

Les opinions que j'ai défendues devant vous, si elles sont contraires à la doctrine, ne sont pas nouvelles, et je ne vous rappellerai pas aujourd'hui le nom des auteurs anciens et modernes que j'ai cités dans ma communication, et qui, soit en France, soit à l'étranger, admettent la subordination de certains délires à des lésions périphériques. L'opinion de ces auteurs et les miennes sont en tout cas conformes aux tendances actuelles et viennent à l'appui des idées admises à notre époque sur le rôle de l'infection endogène dans la folie.

Quant aux faits que je vous ai apportés, ils ne sont pas non plus les premiers en date. Ils ne diffèrent de ceux qui ont été publiés à diverses époques que parce qu'ils apportent aux idées que je défends une nouvelle preuve, celle-ci bien évidente, la guérison simultanée, par la chirurgie, de la lésion et du délire.

Dans le cas de Leroy, la confusion mentale remontait à plusieurs mois et disparut le troisième jour de l'intervention.

Dans beaucoup de cas que j'ai publiés, l'internement remontait à plusieurs années. Je vous demande encore de relire ces observations et d'envisager de près les

résultats thérapeutiques de l'intervention et les conditions dans lesquelles ils ont été obtenus.

Notre collègue oppose bien à ces faits d'autres faits. Il nous rappelle que la proportion des hypocondriaques délirants et des mélancoliques est infime par rapport à l'ensemble des malades atteints de lésions organiques; d'autre part, que beaucoup de psychopathes souffrent de maladies organiques sans devenir hypocondriaques.

Or, notre distingué collègue voudra bien reconnaître que les deux ordres de faits ne sauraient être comparés et mis en opposition les uns aux autres.

Les faits que j'ai apportés sont positifs et démontrent la disparition simultanée ou tout au moins rapide du délire et de la lésion.

Ceux de notre collègue Arnaud sont des faits négatifs et résultent de l'examen général des cas observés.

Je rappellerai d'ailleurs que dans ma communication j'ai répondu par avance aux objections qu'il a formulées, en étudiant les conditions qui conduisent la lésion à engendrer le délire.

Notre collègue a bien voulu, du reste, rappeler quelques-unes des opinions que j'ai émises à cet égard.

Si, en effet, la proportion des hypocondriaques délirants et des mélancoliques est infime chez les malades atteints d'affections organiques, c'est que la lésion périphérique est insuffisante pour engendrer le délire et qu'il lui faut pour y conduire un terrain de prédisposition.

Morel, qui avait reconnu l'influence des causes périphériques a bien insisté sur ce point en faisant intervenir sa conception de la dégénérescence. Pour ma part, je pense, et MM. Vigouroux et Sollier pensent de même que dans un certain nombre de cas d'hypocondrie la prédisposition et la lésion locale sont nécessaires pour produire le délire et que l'un ne peut rien sans l'autre. Il est certain d'un autre côté que tout psychopathe ne devient pas hypocondriaque; il lui faut en effet un terrain spécial de prédisposition.

Je suis d'accord avec M. Arnaud quand il nous dit que la nature du terrain conditionne la physionomie clinique de la psychose, c'est-à-dire détermine son orientation vers les idées hypocondriaques. Mais faut-il

déclarer, comme il le pense, que le terrain suffit à la genèse du délire, car pour lui « les modifications organiques qui peuvent expliquer la prédisposition au délire comme à son passage à l'état pathologique doivent être exclusivement recherchées dans le cerveau et non pas dans les organes périphériques » ?

Toute la question est là et sa solution est capitale. Or, pour entraîner notre conviction, M. Arnaud s'applique à définir la prédisposition. « Ce n'est pas, dit-il, une chose vague et indéterminée, une simple virtualité qui, à un moment de l'existence, se réalise plus ou moins vite. » Il nous montre « la prédisposition marquer le caractère du futur psychopathe avant même l'apparition du trouble mental ». Il nous rappelle l'égophilie du persécuté avant le délire, les préoccupations de l'hypocondriaque au sujet de sa santé, les scrupules du mélancolique. Ainsi, pour lui, la maladie mentale est impuissante à créer une personnalité au malade. Elle ne peut qu'exagérer pathologiquement « les particularités foncières du caractère toujours reconnaissables dans les psychoses sous certaines conditions ».

Je n'ai pas la prétention de me prononcer sur une question ardue de doctrine qui divise d'éminents esprits. Permettez-moi, néanmoins, de présenter quelques réflexions à ce sujet.

Tout n'est encore qu'hypothèse dans la cénesthésie cérébrale. Les données les mieux établies concernent le sens cénesthésique dans ses rapports avec la périphérie. Or, la psychologie expérimentale a su utiliser les données que la physiologie lui a fournies pour envisager le problème de la personnalité. La doctrine qui en résulte, quand on ne l'envisage qu'au point de vue scientifique et en réservant les redoutables problèmes qu'elle soulève, est intéressante au point de vue qui nous occupe. M. Legrain vient d'y faire allusion. C'est, en effet, à la périphérie et non plus dans les centres qu'elle place les bases matérielles de la personnalité. Ce sont les impressions extérieures qui constituent la matière première de notre vie mentale. Tel organisme, telle personnalité; a dit Ribot dans son livre sur les maladies de la personnalité.

Cette conception d'après laquelle l'organisme con-

tribue à la formation du moi ne représente, il est vrai, à l'heure actuelle, qu'une ingénieuse hypothèse où le psychologue devance la physiologie. Elle a du moins l'avantage de laisser intactes bien des notions acquises et d'expliquer les variations continuelles du moi, les modifications du caractère selon les tonalités diverses de l'état physiologique et les troubles qui peuvent se produire temporairement dans l'état de nos organes.

Avec elle l'influence du physique sur le moral cesse d'être une doctrine banale, comme l'a dit un de nos collègues, et trouve une explication rationnelle.

Si maintenant le pathologiste, comme M. Legrain l'a dit lui-même, utilise de son côté les mêmes notions de la physiologie dans les états pathologiques que j'ai eus à envisager, c'est-à-dire dans les cas où l'hypocondrie n'est pas héréditaire, il peut éclairer d'une façon intéressante le problème de la personnalité à l'état pathologique, en même temps que la question de la prédisposition sous un de ces aspects.

Pourquoi ne pas chercher dans une voie différente puisque la cénesthésie ne nous offre que des obscurités et que, d'autre part, l'anatomie pathologique ne nous fournit aucun renseignement?

M. Arnaud nous rappelle lui-même « que la prédisposition au délire comme son passage à l'état pathologique confirmé tiennent à des modifications organiques mal connues ».

Or, dans cette nouvelle conception, les faits peuvent s'expliquer ainsi : Un état physique nouveau et morbide est devenu permanent. Tel est le cas d'une affection viscérale douloureuse comme l'hyperchlorhydrie. Les sensations réelles mais anormales qui en découlent viennent se refléter d'une façon habituelle dans les centres cénesthésiques. Des habitudes mentales nouvelles vont se produire, comment les expliquer?

Or, si à l'état normal les organes périphériques président à la personnalité du sujet, on doit aussi admettre, ainsi que je l'ai dit dans un précédent mémoire, que celle-ci est susceptible de se modifier dans son ensemble ou dans une de ses parties sous l'influence d'une modification pathologique d'un de ces organes.

A ce point de vue, il faut ranger les affections por-

tant sur les organes génitaux de l'homme, les affections déprimantes comme la cécité, répugnantes comme les fistules stercorales et urinaires, les difformités congénitales disgracieuses et en général toute lésion bénigne ou grave qui sans présenter aucun des caractères précédents agit néanmoins dans le même sens, sur le même cerveau. J'ajoute enfin à cette catégorie toutes les affections susceptibles d'entraîner une déchéance physique rapide et qui sont d'une interprétation plus facile. Telles celles qui entretiennent un état permanent d'infection, les affections douloureuses qui privent le malade de sommeil, celles qui troublent une fonction importante comme l'estomac et l'intestin, celles enfin qui affaiblissent l'organisme par la perte sanguine importante qu'elles provoquent. Esquirol avait jadis beaucoup insisté sur ces causes.

Il est facile de comprendre, en effet, que la déchéance physique qui résulte de ces dernières causes soit susceptible de produire, comme elle peut aussi aggraver, l'état de déchéance mentale préexistant, en ajoutant un facteur pathologique plus ou moins important à l'état dégénératif, antérieur du sujet.

Magnan et Legrain dans leur intéressante monographie « Sur les dégénérés » déclarent même que ce serait méconnaître les enseignements de la clinique que de nier le développement d'une psychose en dehors de la dégénérescence mentale, et ils admettent sous le nom de « moments étiologiques accidentels » l'intervention de facteurs étiologiques puissants, uniques, acquis et bien déterminés qui peuvent créer un terrain de moindre résistance.

D'ailleurs l'hématologie et l'anatomie pathologique ont démontré dans ces dernières années l'existence dans le sang de microorganismes, et d'autre part des lésions des cellules cérébrales qui rendent dans certains cas inutile la conception de la prédisposition.

C'est ainsi que la lésion venant modifier les habitudes mentales anciennes qui constituaient chez le malade les particularités du caractère peut donner au malade une nouvelle personnalité pathologique.

La femme G..., dont je vous ai entretenu, a présenté malgré le retour au septième mois de ses idées délirantes,

pendant le temps qu'elle est restée soumise à mon observation, des modifications très intéressantes sous ce rapport. Après l'intervention, cette femme conserve bien des dispositions hypocondriaques qui, peut-être chez elle étaient congénitales, mais certains faits m'ont démontré que le terrain tendait néanmoins à se modifier dans un sens favorable.

Jadis tout ce qui gravitait en dehors de l'idée de possession ne tombait plus dans le champ de son analyse. La dissociation de l'idée délirante a permis à l'unité de l'esprit de se reconstituer. De nouvelles habitudes mentales ont pris naissance. Son caractère s'est trouvé modifié. L'égophilie a en grande partie disparu. Elle cause, au lieu de rester comme jadis repliée sur elle-même et taciturne. Elle s'intéresse à ce qu'elle voit et à ce qu'elle entend.

Les sentiments d'affectivité ont reparu chez elle. Elle prend maintenant souci de la santé des personnes qui l'entourent.

Du terrain hypocondriaque créé ou amplifié, nous arrivons à la conception des interprétations hypocondriaques d'affections organiques, telles que l'ont admise nos collègues Vigonroux et Sollier, c'est à-dire à la formation des idées morbides et délirantes dans un cerveau préparé par une lésion pathologique ou possédant un substratum mental antérieur dépendant d'états dégénératifs variables et qui constituent la prédisposition héréditaire du sujet.

Or, tant que l'anatomie pathologique ne nous aura pas démontré de lésions, n'est-on pas en droit de penser que le cerveau délire surtout sinon par ses organes, du moins à cause d'eux ?

C'est, je le reconnais, revenir à l'idée, rejetée de nos jours, des folies secondaires, admise autrefois par Griesinger au moins dans sa première conception.

Mais ce serait abuser de votre bienveillante attention que d'insister davantage sur ce point, que j'ai discuté ailleurs, et je veux m'arrêter à ces quelques considérations.

Mon but a été de montrer qu'à côté de la doctrine pathologique qui, à l'heure actuelle, de l'aveu même de ceux qui la défendent, ne repose que sur des hypo-

thèses, il y a peut-être place pour une doctrine mixte basée sur la physiologie ainsi que sur les données que nous ont fournies récemment l'hématologie et l'anatomie pathologique.

Sur la nécessité d'une méthode applicable au diagnostic des arriérés militaires,

Par MM. ALFRED BINET et Th. SIMON.

Le Dr Simonin, professeur de médecine légale au Val-de-Grâce, a fait au dernier Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française une communication intitulée : *Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire*. Cette communication a été reproduite dans le n° 16 de la *Revue neurologique* du 30 août 1909. Elle reproduit simplement, sous une signature autre que la nôtre, des expériences que nous avons faites au Val-de-Grâce il y a un peu plus d'un an.

L'origine de ces recherches avait été la suivante : l'un de nous avait appris qu'en Allemagne des examens d'aptitude intellectuelle avaient été entrepris sur des recrues, par le professeur Max Schultze notamment. Comme nous venions d'aboutir, de manière tout à fait indépendante, à des méthodes utilisables, et actuellement utilisées, pour le recrutement des arriérés scolaires, nous avons eu l'idée de voir ce qu'elles pourraient donner dans ce nouveau domaine, et nous avons demandé au ministère de la Guerre l'autorisation de faire dans un régiment quelques expériences d'essai. Consulté sur l'opportunité de celles-ci, le Dr Simonin demandait que des expériences fussent faites d'abord au Val-de-Grâce, et il se prêta lui-même avec beaucoup de bonne grâce et d'empressement au choix de sujets parmi les convalescents de son service d'hôpital.

Ce sont ces tâtonnements préliminaires, auxquels il a simplement assisté, que le Dr Simonin rapporte dans sa communication ; il y ajoute seulement quelques erreurs et témérités d'interprétation, qui s'expliquent par l'ignorance où il est de nos vues, et qu'il se serait épargnées

s'il nous avait consultés. Puisque le D^r Simonin en tire des conclusions sur la méthode en général, nous croyons devoir exposer nous-mêmes nos idées à ce sujet et le faisons ici pour la première fois. Avant de nous juger il faut au moins savoir ce que nous avons à dire.

Voici, en effet, la méthode que nous voulions suivre et les indications précises pour que ces recherches soient continuées dans le cas où l'administration supérieure, dont nous attendons la solution, donnerait un avis favorable. Rappelons brièvement les données du problème : tous les ans un certain nombre de jeunes soldats sont réformés pour insuffisance intellectuelle ; ils le sont après incorporation et un temps plus ou moins long passé au corps. Nous proposons de tenter de faire cette élimination dès l'entrée au régiment. Le nombre des soldats arriérés n'est évidemment pas considérable ; il est probablement exagéré d'écrire qu'il y a un arriéré sur 100 conscrits. C'est dans cette masse qu'il fallait dépister l'arriéré avant que rien le signale. On voit par là l'intérêt considérable du problème. La difficulté s'augmente enfin de la nécessité d'un examen rapide et de la possibilité de simulation.

Nous avons publié il y a deux ans (1) la série de tests qui nous permettent d'apprécier avec précision le développement intellectuel d'un sujet. Jusqu'à quel point cette série était-elle applicable ici ? N'importe quel procédé doit subir des adaptations selon le but qu'on se propose. Un premier examen s'imposait : celui de sujets qui, après expérience, n'ont pu s'adapter au service militaire. Il faut, en effet, reconnaître d'abord si nos méthodes les atteignent, et si leurs résultats sont conformes aux résultats de l'expérience par la vie de la caserne. C'est donc pour nos tests eux-mêmes une première mise à l'épreuve indispensable.

Nous devons en second lieu rechercher dans quel niveau nous aurions à maintenir notre examen ; le niveau intellectuel suffisant pour être soldat n'est peut-être pas très élevé. Nous ne voyons guère par suite comment M. Simonin a pu apprécier le temps

(1) Voir *Année psychologique*, XIV, 1908, Paris, Masson.

qui serait nécessaire à l'examen de chaque sujet, car nous n'avons nullement fait devant lui d'examens ainsi codifiés après revision du procédé ; nous n'avons pratiqué en sa présence que des essais préliminaires destinés précisément à nous montrer quelles épreuves étaient à conserver pour le but précis actuel, quelles au contraire à laisser tomber.

Un troisième point était à examiner, c'était le procédé à suivre pour éliminer rapidement tous les normaux qui forment l'immense majorité du contingent, et découvrir parmi eux les quelques rares arriérés sur lesquels rien n'appelle l'attention. Va-t-on pour en dépister 2 ou 3 en examiner à fond 500 par nos procédés psychologiques ? Le supposer serait naïvement ridicule. A notre avis, une première élimination s'impose d'emblée : celle des étudiants en médecine, celle des bacheliers, celle de certains ouvriers dont le métier suffit à attester le niveau intellectuel, etc. En second lieu des épreuves collectives sont possibles. N'est-il pas procédé déjà à l'entrée au régiment à une dictée ? Rien n'empêche d'utiliser ce premier examen, en le régularisant. Nous pensons qu'après ces éliminations le reliquat de cas douteux à étudier serait à peine de 4 à 5 soldats pour 100.

Nous ne croyons pas enfin que la simulation puisse être un obstacle et nous indiquerons pourquoi en deux mots : c'est qu'il existe dans nos épreuves une hiérarchie qui n'est pas présumable. Telles d'entre elles qui paraîtraient difficiles sont pourtant réalisées par un imbécile aussi aisément que par un normal. Un simulateur y serait infailliblement pris.

Voilà donc quels points devaient solliciter notre attention pour un ajustement de nos méthodes au dépistage des arriérés militaires. Il est bien évident que tant que ces expériences n'auront pas été faites la méthode ne peut pas être jugée. Il faut savoir attendre.

Nous terminerons en rappelant une objection qui nous a été faite par quelques médecins militaires. A quoi bon, nous a-t-on dit, l'examen que nous demandons ? L'innovation que nous proposons n'est-elle pas inutile ?

Voici un déficient incorporé dans l'armée ; ne va-t-on

pas, dit M. le D^r Simonin, se rendre compte à pied d'œuvre de son incapacité ? Nos capitaines sont attentifs. Au bout de quelques semaines, quelques mois, on proposera cet imbécile pour la réforme et il sera soumis alors à une observation médicale. Autre moyen enfin d'éviter ces inconvénients : les maires ont la précaution de mentionner que la rumeur publique indique tel ou tel comme faible d'esprit ; les conseils de revision sont dûment avertis de ces faits, et ils en tiennent le plus grand compte.

Ces objections nous paraissent singulières ; elles nous montrent qu'actuellement, en effet, on arrive à dépister les arriérés militaires, mais seulement par des procédés empiriques qui constituent un regrettable pis-aller.

L'essai de la vie de caserne est une épreuve longue et pénible : c'est au détriment des autres qu'un sergent s'occupera d'un seul ; l'imbécile sera pendant ce temps plus ou moins la victime de ses camarades de chambrée ; avant que son insuffisance intellectuelle soit reconnue, on lui donnera tels ordres, on lui confiera telle besogne dont le non accomplissement ne sera pas rapporté à sa véritable cause ; ce sont précisément ces épreuves que nous voulions éviter aux conscrits et à l'armée. Un maire peut obéir d'autre part, à des influences de relations, à des raisons sentimentales ou politiques, et grossir, même inconsciemment, une débilité, et le sujet à la revision fera la bête.

En somme, actuellement, tout se passe comme si le médecin militaire n'avait aucun moyen de contrôle pour constater un état d'arriération intellectuelle chez un conscrit ; et les objections qu'on nous fait concordent à dire qu'à la rigueur on peut se passer de ce contrôle. Prenons un exemple. On raisonne pour l'arriération à peu près comme on raisonnerait pour la tuberculose, si on disait qu'un médecin militaire n'a pas besoin de connaître les procédés cliniques pour dépister cette dangereuse maladie. A quoi bon, pourrait-on, soutenir en effet, à quoi bon ausculter les jeunes soldats ? Les maires ne pourraient-ils indiquer que tel sujet tousse depuis longtemps, que les hivers ne se passent pas sans qu'il ne doive s'aliter ? Et pour les autres ne suffira-t-il pas d'attendre ? Si les marches en fatiguent quelques-

uns, si d'aucuns crachent le sang..., une expérience prolongée de présence au corps indiquera la nécessité de la réforme. Voilà, en effet, exactement tout ce que certaines personnes nous proposent pour dépister les arriérés. Nous persistons à leur répondre qu'il est nécessaire de mettre entre les mains des médecins militaires des procédés de contrôle plus efficaces.

DISCUSSION.

M. BRIAND demande à M. Simon si ses tests s'appliquent également aux dégénérés. Cette question a été agitée à la Société de médecine légale, et M. Granjux a démontré, d'après des documents, que les compagnies de discipline renfermaient un grand nombre de dégénérés et d'arriérés.

M. TH. SIMON. — Il est assez facile de répondre aux objections de M. Briand. Les dégénérés auxquels il vient de faire allusion, les sujets impulsifs, amoraux et intelligents (si embarrassants où qu'ils soient) ne sont pas visés par notre procédé. Il y aurait le plus grand intérêt à les reconnaître dès leur entrée au régiment. Notre procédé ne s'applique pas à eux. Il est destiné aux déficients de l'intelligence. Signaler ces derniers, sans réaliser tout ce qu'il y aurait à faire, serait déjà quelque chose.

Quant au cas particulier que M. Briand vient de nous citer, il n'est pas une exception. Nous aussi, nous avons vu des imbéciles qui ont passé par le régiment. Y ont-ils fait réellement du service militaire? Non. On ne leur confiait que des besognes infimes. Mais on ne peut se fier qu'il en soit toujours ainsi. Et il y a des inconvénients de tous ordres à donner à de pareils sujets des consignes qu'ils ne comprendront pas. Est-il même prudent de leur confier des armes?

M. G. DE CLÉRAMBAULT. — Le niveau mental d'un soldat peut amener sa mise en réforme, s'il est très bas; un peu plus élevé, il doit influencer sur l'affectation de ce soldat. Un même homme peut faire un service normal dans un certain corps, et être inutilisable dans d'autres. J'ai eu l'occasion d'observer, pendant une période d'instruction, un artilleur qui n'avait jamais pu se tenir

à cheval ; à chaque tentative il pleurait et il tombait. Les médecins militaires ne s'étaient pas intéressés à son cas ; le capitaine, paternellement, l'avait affecté à l'atelier des tailleurs, bien qu'il ne sût pas encore condre ; et là, tout en continuant d'émarger à la batterie, il restait à peu près inutile, tandis que dans un corps d'infanterie il aurait été un soldat très suffisant. Il avait fait convenablement les classes à pied. Comme il se présentait, pour raison incidente, à la visite, un gradé me signala son cas, seulement par manière de causerie. Je m'informai ; j'interrogeai l'homme, je fis un rapport où j'insistai spécialement sur les accidents que cet homme pourrait faire survenir dans la batterie, s'il apprenait, par impossible, un tant soit peu d'équitation ; je proposai son versement dans l'infanterie. Une commission de réforme devait siéger peu après ; son capitaine eut l'intention de l'y présenter ; j'ignore ce qui en est advenu.

Ce cas rentre dans notre sujet, parce que je rattache les terreurs manifestées par ce malade à sa débilité mentale, plus qu'à de la déséquilibration. Il ne s'agissait pas de phobie. Le sujet n'était pas extraordinairement émotif, et bien que pathologique, sa crainte spécialisée aurait cédé aux influences psychologiques, à l'expérience, et surtout à l'accoutumance, s'il ne se fût agi d'un débile profond, d'un de ces sujets inconvertibles, une fois que, suivant le terme vulgaire, ils sont « butés ».

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, comme la plupart de mes collègues aliénistes de France, j'ai eu le vif plaisir d'entendre, au Congrès de Nantes, la communication de M. le D^r J. Simonin, professeur de médecine légale à l'Ecole du Val-de-Grâce, sur un « *Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire* », et je regrette vivement que MM. Simon et Binet n'aient pas jugé intéressant pour eux de venir prendre part à la discussion du travail de notre éminent confrère militaire. Ils auraient pu se rendre compte, par les yeux et par les oreilles, combien les considérations très judicieuses de M. Simonin ont trouvé l'approbation de la totalité des psychiatres présents au Congrès. Aujourd'hui, la communication de MM. Simon et Binet tend à

faire croire que M. Simonin aurait déclaré l'inutilité de toute méthode pour le diagnostic des arriérés militaires. J'ai encore présente à l'esprit l'opinion exprimée par M. Simonin, d'autant plus que je l'ai trouvée conforme à l'idée que je me suis faite moi-même sur ce problème du diagnostic des arriérés. Or, ce qui est contestable en cette matière ce n'est pas du tout la nécessité d'une méthode générale dont l'application permettrait de dépister avec sûreté l'arriération mentale des jeunes recrues. Tous les médecins qui ont suivi les travaux du Congrès de Nantes, y compris M. Simonin, sont convaincus de cette nécessité. Ce que M. Simonin a démontré dans son travail, c'est *l'insuffisance de la méthode des tests psychiques scolaires proposés par MM. Simon et Binet*. Et en cela je suis entièrement d'accord avec le D^r Simonin. Une expérience déjà longue concernant les enfants atteints d'anomalies psychiques diverses m'a permis de reconnaître que les tests psychiques *seuls*, de quelque origine qu'ils soient, anglaise, allemande, belge ou française, ne peuvent conduire à un diagnostic certain de l'arriération mentale. Ils peuvent au contraire conduire, comme l'a dit M. Simonin en ce qui concerne les conscrits, et comme je le pense au sujet des enfants, à de véritables erreurs de diagnostic. Entre autres causes d'erreur, il y a l'émotivité des sujets qui soumis tout à coup, dans un milieu nouveau pour eux, à un interrogatoire, sont plus ou moins troublés et répondent de travers. Et la conclusion de M. Simonin, à laquelle je me rallie entièrement, est que pour déterminer la valeur intellectuelle et morale des recrues, il faut recourir non seulement à des tests psychiques appropriés à chaque individu, mais encore et surtout à une étude approfondie de toutes les conditions biologiques des sujets soumis à l'examen phrénométrique. Il s'agit, en réalité, d'une véritable expertise médico-psychique qui nécessite une recherche souvent longue des antécédents héréditaires et personnels, ainsi qu'un examen somatique, psychique et pédagogique approfondi et prolongé. Certes, la méthode générale qui nous paraît utile pour apprécier l'état mental des enfants et des jeunes gens n'est pas aussi rapide que celle, trop simpliste, préconisée par MM. Simon

et Binet ; mais elle a l'avantage d'être plus complète, plus conforme à la réalité des faits, plus capable aussi d'établir, comme l'a dit M. Simonin au Congrès de Nantes, un verdict médical sérieux et inattaquable.

M. LEGRAIN exprime l'avis que, si grand que soit l'intérêt, et il l'est, des tests imaginés par M. Simon, ils seront toujours insuffisants à créer ce que l'on pourrait appeler la mentalité du psychiatre. Et c'est cette mentalité qui manque chez le médecin militaire, tout comme chez les praticiens ordinaires. Il faut vouloir se servir des tests, il faut savoir en comprendre l'intérêt et la portée, si l'on veut faire œuvre utile. Il semble que pour y arriver, il faille avoir subi déjà un certain entraînement.

Or, dans l'armée comme ailleurs, on vit dans une lamentable et dangereuse ignorance de notre spécialité.

M. Legrain en cite un cas de sa pratique personnelle. Il s'agit d'un jeune inverti, de la catégorie des psychiques purs, de ceux qui méritent vraiment l'intérêt et la pitié du médecin, parce qu'ils sont de vrais anormaux. Cet inverti était vivement angoissé aux approches du service militaire qui allait le placer, en vertu de son sexe apparent, lui inverti, ayant la mentalité d'un être à sexe féminin, au contact d'hommes qui pourraient le railler, le persécuter de mille manières et lui rendre la vie impossible.

Après l'arrivée de ce malade au régiment, M. Legrain crut de son devoir d'avertir le major et d'appeler sa bienveillante attention sur le cas du malade. Or, non seulement ce confrère ne répondit point, mais il affecta vis-à-vis de l'inverti l'attitude d'un simple citoyen fort peu au courant de cette anomalie psychique et la confondant avec la vulgaire pédérastie des professionnels.

De telles erreurs sont regrettables et ne reposent que sur une insuffisance d'instruction spéciale. Pour que nos malades puissent traverser, sans risquer d'en souffrir, la période de vie militaire, il est de toute nécessité que les médecins de l'armée les connaissent et ce qu'il faut souhaiter, conjointement à l'adoption des tests de M. Simon, c'est que l'enseignement de la psychiatrie ait sa place dans les écoles de santé militaires.

M. PACTET. — Je crois, avec MM. Binet et Simon, à l'utilité d'une méthode applicable au diagnostic des arriérés militaires, et qu'elle mettra à la disposition des médecins un moyen pratique et rapide de reconnaître les sujets de cette catégorie, soit au moment du conseil de revision, soit à celui de la visite d'incorporation, ce serait accomplir une œuvre d'un intérêt social indiscutable.

Si je n'ai pas d'expérience personnelle relativement à la présence des arriérés dans les corps de troupes où l'occasion ne m'a jamais été donnée de les rechercher, il m'est toutefois permis d'affirmer leur existence dans ce milieu, d'après les recherches auxquelles je me suis livré en 1905 et en 1908 dans les établissements pénitentiaires d'Algérie affectés aux militaires.

Et puisqu'aujourd'hui chacun paraît revendiquer son bien, qu'il me soit permis de dire, en passant, que je crois avoir été le premier, en France, à proposer ces recherches et à en poursuivre, non sans me heurter à quelques résistances, la réalisation.

Au cours de mes visites dans les ateliers de travaux publics et les pénitenciers d'Algérie, j'ai rencontré des sujets d'un niveau intellectuel qui aurait dû suffire à les faire exclure de l'armée.

C'étaient des débiles, parfois voisins de l'imbécillité, dont quelques-uns étaient porteurs de stigmates physiques de dégénérescence qui n'eussent pas manqué de retenir, à première vue, l'attention d'un médecin averti.

Je me rappellerai toujours ce détenu de trente-trois ans qui, condamné à cinq ans de travaux publics pour avoir outragé, étant ivre, un sergent, se trouvait à l'atelier d'Orléansville après avoir séjourné à celui de Bougie où il avait encouru, depuis le début de sa détention, quatre condamnations à cinq années de travaux publics chacune, plus six mois de prison pour refus d'obéissance et laceration. Il était en outre constamment puni de cellule. Eh bien, cet homme était atteint d'imbécillité et je le signalai au commandant de l'atelier comme devant être proposé pour la réforme. Son infériorité intellectuelle, les stigmates physiques de dégénérescence qu'il présentait n'avaient pas empêché son admission dans l'armée et les anomalies de sa conduite

n'avaient pas, dans la suite, amené ses chefs à l'en faire sortir.

Je me souviens encore d'un malheureux débile qui, après avoir épuisé toutes les rigueurs de la discipline militaire, avait échoué au pénitencier d'Aïn-Baïda. Il arrivait à l'expiration de sa peine. Je lui demandai ce qu'il se proposait de faire après sa libération. Il me répondit : j'irai m'engager à la Légion.

Il est entré, il y a trois ans, dans mon service de Villejuif, un malade que j'avais trouvé, en 1905, en prévention de Conseil de guerre, à l'hôpital du Dey, à Alger. Il venait des compagnies de discipline. Je fus chargé de l'examiner au point de vue médico-légal et obtins, en sa faveur, une ordonnance de non-lieu et la réforme. Il s'agissait encore d'un débile qui avait été interné antérieurement à Vaucluse, ainsi que me l'apprit mon collègue le D^r Vigouroux, et que sa famille avait retiré de l'asile pour lui faire contracter un engagement volontaire.

On éprouve d'abord quelque surprise à voir que des militaires aient pu faire l'objet d'une instruction judiciaire, être traduits devant le conseil de guerre, y subir un interrogatoire et être condamnés, sans que leur situation mentale fût appréciée à sa juste valeur.

Et cependant le fait s'explique, selon moi, par l'absence d'un critérium permettant de mettre en évidence pour des personnes étrangères à la médecine, comme le sont les membres du conseil de revision, et aussi, il faut bien le dire, pour les médecins qui ne sont pas familiarisés avec l'étude de ces anormaux, le niveau intellectuel qui cesse d'être compatible avec le service militaire.

Un médecin exercé n'a pas de peine à reconnaître cette infériorité mentale ; il n'est pas besoin pour lui, comme on le disait tout à l'heure, d'une expertise complète, d'interrogatoires répétés, de commémoratifs précis. Quelques minutes d'examen, dans les cas de ce genre, m'ont toujours suffi à établir définitivement ma conviction. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la faire partager à d'autres et j'ai remarqué, bien des fois, lorsque je signalais un détenu comme atteint d'une débilité mentale devant entraîner la réforme, que

la situation n'apparaissait pas absolument sous le même jour aux officiers qui, souvent, ne manquaient pas de soulever des objections.

Pour eux, un soldat peut, avec une intelligence modeste, acquérir les notions qui lui sont indispensables pour remplir son rôle et ils ont tendance à oublier que la crainte de réformes injustifiées conduit à un excès contraire et favorise l'admission d'éléments inutilisables sur qui ne tardent pas à s'abattre les pénalités du Code militaire.

Le minimum de jugement indispensable au soldat est celui qui lui permet de comprendre les conséquences graves que peuvent entraîner ses paroles ou ses actes ; lorsque cette limite inférieure n'est pas atteinte, c'est à peu près certainement pour lui la fatale odyssée qui le conduira de la compagnie de discipline à l'atelier de travaux publics.

Et, à ce point de vue particulier, le procédé de MM. Binet et Simon, en dépit des imperfections qui peuvent lui être reprochées, est appelé, selon moi, à rendre déjà d'incontestables services.

La catégorie de malades à laquelle faisait allusion M. Briand est un peu différente de celle que je viens d'envisager. Il s'agit là de dégénérés amoraux dont l'exclusion, à priori, de l'armée, donne encore lieu à discussion. J'estime, quant à moi, que l'armée n'a aucun avantage à les conserver dans ses rangs.

Mais ce point de vue n'est pas généralement adopté. J'avais été chargé, à Alger, d'une expertise qui concernait un de ces sujets ; l'affaire avait fait quelque bruit, et cette circonstance me fournit l'occasion de nombreux entretiens, sur cette question, avec des médecins de grade très élevé dans la hiérarchie militaire. Nous n'étions pas absolument d'accord sur le traitement qu'il convenait d'appliquer à ces dégénérés. On me faisait remarquer, non sans apparence de raison, que le point essentiel, en l'espèce, était la protection de la société et qu'il importait peu en somme que ces sujets qui avaient affaire, en général, et à la justice civile et à la justice militaire, suivant le milieu où ils se trouvaient, fussent condamnés par les conseils de guerre ; que du moins, tandis qu'ils se trouvaient dans les pénitenciers,

ils étaient, de ce fait, dans l'impossibilité de nuire. Et on me citait des exemples de ces amoraux qui, réformés et rentrés dans la vie civile, y avaient commis des crimes.

J'avoue que j'étais assez embarrassé pour répondre.

Le seul argument que je pouvais faire valoir en leur faveur, consistait à dire qu'ils étaient pour la plupart des incorrigibles et qu'au cas où ils devaient être en prison, il était plus humain, en tenant compte de leurs tares cérébrales, de les placer dans des prisons civiles où les infractions à la discipline n'entraînaient pas des conséquences aussi graves que dans les établissements militaires, puisque le même acte, accompli sous l'un ou l'autre régime, pouvait leur valoir quelques semaines de cellule ou plusieurs années de travaux publics.

Je dois reconnaître que mon argumentation n'eut jamais beaucoup de succès, et relativement au cas particulier dont j'avais à m'occuper, je déposai un rapport où je spécifiais que le militaire que j'avais examiné était un incorrigible, qu'il se comporterait dans l'avenir comme il l'avait fait dans le passé et que sa responsabilité était des plus atténuées. Il n'en fut pas moins condamné à cinq ans de prison.

Je l'ai retrouvé en 1908 au pénitencier d'Aïn-Baïda et j'appris que, là encore, son attitude avait présenté les fluctuations qui avaient déjà été antérieurement constatées. Par périodes, il paraissait s'amender, sa conduite était correcte; puis brusquement, sans motif, survenaient des rechutes où les instincts pervers le dominaient de nouveau, et c'étaient alors toutes les infractions possibles à la discipline.

Quoi qu'il en soit, le jour où l'on voudra opérer, dans le milieu militaire, la sélection de ces sujets, la tâche n'offrira pas de sérieuses difficultés. Entrés dans l'armée le plus habituellement par la voie de l'engagement volontaire, ils ont déjà, longtemps avant de s'engager, donné la mesure de leur insociabilité. Véritables fléaux de famille, ils ont très souvent encouru des condamnations et parfois été internés dans des asiles d'aliénés.

Il suffira donc de se renseigner sur leurs antécédents personnels pour être fixé sur la qualité des dispositions qu'ils apporteront dans la carrière militaire. Ils ont

esquissé déjà, dans ses grandes lignes, le tableau complet de la folie morale.

M. TH. SIMON. — La question, comme il arrive généralement au cours de toute discussion, s'est naturellement élargie et enrichie. Enrichie, puisque MM. Briand et Pactet ont notamment attiré l'attention de la Société sur les dégénérés si fréquents parmi les engagés volontaires de l'armée. A ceux-ci, je le répète, notre procédé ne s'applique pas.

Je répondrai maintenant à M. Roubinovitch : « C'est d'après des expériences nombreuses et personnelles, s'écrie-t-il, que M. Simonin a conclu contre vos méthodes. Le D^r Simonin ne s'élève pas contre un examen à l'entrée au régiment, mais il a reconnu que vos méthodes sont insuffisantes. Moi-même, qui les ai fréquemment essayées chez des enfants, j'ai rencontré bien souvent des obstacles à leur mise en œuvre. » Je voudrais demander d'abord à M. Roubinovitch si le compte rendu de la *Revue neurologique* est conforme à la communication de M. le D^r Simonin?...

L'insuffisance de la méthode est en jeu ; nous y viendrons. Il y a plusieurs points. En voici un premier : les communications du Congrès ne sont pas encore publiées ; nous n'en avons connaissance que par les journaux ; si le texte de la *Revue neurologique* est exact, — et nous avons toutes raisons d'après sa rédaction de penser qu'il reproduit *in extenso* la communication du D^r Simonin, — nous affirmons que les expériences rapportées par M. Simonin ne sont autres que des expériences faites par nous en sa présence, auxquelles il a assisté comme témoin, sans y prendre d'autre part.

Or, c'est sur ces expériences seules, — qui ont porté sur 11 sujets, et qui n'étaient destinées qu'à préparer la méthode elle-même, — qu'il base ses appréciations de l'examen que nous voulions proposer.

Nous nous étonnons du procédé. Et nous sommes plus surpris encore que le D^r Simonin ait pu par là juger une méthode sur laquelle nous ne donnons de renseignements qu'aujourd'hui !

Il va de soi, d'autre part, que nous n'avons jamais prétendu que notre procédé pût remplacer un examen médical complet. Mais il ne s'agit pas de cela. Ce que

nous voulons, c'est simplement être à même de signaler les sujets sur lesquels il conviendrait que l'attention fût attirée dès leur entrée au régiment. Il serait absurde de notre part de penser pouvoir faire en cinq minutes aussi bien qu'avec une observation étendue. Mais les enquêtes sur les antécédents héréditaires, les antécédents personnels, le relevé des stigmates, l'« observation biologique »... tout cela est long. Un examen direct d'après nos méthodes permettrait de limiter ces enquêtes aux sujets qu'il signalerait comme déficients ; il dispenserait d'y soumettre indistinctement tous les conscrits.

Deux mots encore : en ce qui concerne les effets de l'émotivité, etc., nous avons été les premiers à les signaler ; ils ne sont d'ailleurs pas inhérents au procédé. — Enfin, M. Roubinovitch a cité comme source de nos tests notre livre sur « Les enfants anormaux ». Ils n'existent complets que dans un article sur le développement de l'intelligence, paru en 1908 dans la 14^e *Année psychologique*.

Le livret scolaire est du même ordre que les documents dont parlait tout à l'heure M. Pactet pour les dégénérés amoraux. On pourrait l'utiliser. Il pourrait concourir, comme nous l'indique M. Briand, à une première sériation des sujets.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

XVI^e Congrès international de médecine de Budapest (Août 1909).—Section de psychiatrie.

I. — *L'essai de psychiatrie pédagogique des enfants difficiles.*
Rapport présenté au Congrès par le D^r Roubinovitch, médecin de Bicêtre. — Le but dominant de ce rapport est de condenser les notions qui se rattachent : 1° à la *symptomatologie clinique et pédagogique* des enfants dits « difficiles » ; 2° à leur *nosologie psychiatrique* et somatique ; 3° à l'*étude étiologique* de leurs anomalies ; 4° au *diagnostic* et au *pronostic* de diverses variétés morbides observées chez les sujets de cet ordre ; 5° au *traitement prophylactique et curatif*, hygiénique, médical, psychique et pédagogique, applicable à ces enfants. — L'auteur établit, à titre d'essai, cinq *types clinico-pédagogiques* d'enfants « difficiles » : 1° *Hyposthéniques mentaux non arriérés* ; 2° *Hyposthéniques mentaux arriérés* ; 3° *Hypersthéniques mentaux avec intelligence normale* ; 4° *Hypersthéniques mentaux avec intelligence lacunaire* ; 5° De plus, le D^r J. Roubinovitch constate que les signes de dépression ou d'excitation intellectuelle peuvent s'observer *alternativement chez les mêmes sujets*, constituant ainsi un type mixte, cyclothymique.

Pour chacun des types l'auteur donne une description fondée sur l'analyse d'un nombre important d'observations provenant soit de sa polyclinique externe de l'Hospice de Bicêtre, soit du matériel d'observation de l'Asile du sauvetage de l'Enfance, soit de diverses écoles primaires ou supérieures de la Ville de Paris. Il insiste sur les relations existant entre les accidents psychiques observés chez les « enfants difficiles » et les *névropathies* ou les *psychopathies infantiles* diverses (neurasthénie, épilepsie, débilités mentales, démence précoce, méningo-encéphalite...). Dans le chapitre étiologique, il examine les diverses

causes prédisposantes et occasionnelles, âge, sexe, hérédité, genre d'éducation, constitution, infirmités, habitudes hygiéniques et morales, mode d'instruction, etc., qui influent sur l'altération du psychisme infantile. Le diagnostic porte sur l'étude du *degré*, de la forme *psychopathique* ou *névropathique*, de la nature de cette altération, du *substratum somatique* de la défectuosité mentale. Les dernières pages du rapport sont consacrées aux divers problèmes que soulève la *thérapeutique des « enfants difficiles »* : organisation des établissements spéciaux, méthodes médico-pédagogiques, traitement moral, traitement somatique.

A la suite de ce Rapport, et sur la proposition de son auteur, la XII^e section a adopté à l'unanimité le *vœu* suivant : « La section de Psychiatrie du XVI^e Congrès international de Médecine émet le *vœu* que les enfants « difficiles » soient, dans tous les pays civilisés, obligatoirement soumis, comme en Hongrie, à un examen médical, psychiatrique et pédagogique et traités au besoin, d'une façon aussi précoce que possible, dans des établissements médico-pédagogiques dépourvus de tout caractère pénitentiaire. »

II. — *Sur l'utilisation thérapeutique du liquide céphalo-rachidien en psychiatrie en général et dans le traitement des états anxieux en particulier* ; par le D^r Roubinovitch. — L'auteur apporte au Congrès de Budapest neuf nouvelles observations venant à l'appui de celles relatées par lui en novembre 1908 à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, et en décembre suivant à la *Société Clinique de médecine mentale de Paris*. Dans ces neuf nouveaux cas de dépression mélancolique avec anxiété très vive, accompagnée soit d'idées de persécution, soit d'idées hypocondriaques et de suicide, la méthode thérapeutique a consisté en une ponction lombaire déterminant une évacuation de 15 à 25 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, ponction suivie immédiatement de l'injection hypodermique fessière au même malade de la totalité du liquide retiré. Sous l'influence de cette double intervention : ponction lombaire et injection du liquide céphalo-rachidien évacué, le pouls, la tension artérielle et la température du malade subissent des modifications constantes dans chaque cas. Par exemple, dans le cas du malade D... : *avant la ponction lombaire* : pouls : 88 ; tension artérielle : 12,5 ; température rectale : 37°4 ; *après la ponction* : pouls : 86 ; tension : 11,5 ; *après l'injection* : pouls : 84 ; tension : 12 ;

température rectale, douze heures après cette double intervention : 38 degrés.

En résumant les résultats thérapeutiques de ces neuf cas, l'auteur constate six succès et trois insuccès. Dans les cas favorables, l'amélioration se déclare entre le huitième et le trentième jour de l'intervention. Quelquefois, les accidents psychiques ne s'atténuent et ne disparaissent qu'après une seconde ou une troisième ponction suivie d'injection. Pour s'assurer que le liquide céphalo-rachidien jouit des propriétés thermogènes, l'auteur a injecté à cinq sujets atteints d'idiotie 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien stérilisé du cheval fourni par le Laboratoire du D^r Hallion. Chez tous les sujets, cette injection a déterminé une hyperthermie : chez l'un, de 38°5 ; chez trois, de 39°3 ; chez l'un, de 40°2. Parallèlement, cinq autres idiots ont reçu chacun 10 centimètres cubes de sérum physiologique en injection hypodermique sans subir, à la suite, la moindre élévation thermique. Toutes les hyperthermies déterminées par l'injection du liquide céphalo-rachidien d'origine soit humaine, soit chevaline, se sont terminées non brusquement, mais en lysis. Toutes aussi se sont accompagnées de modifications du pouls et de la tension artérielle. Jusqu'à nouvel ordre, l'auteur se borne à la constatation de ces divers faits biologiques sans essayer de rechercher les relations qu'ils peuvent avoir avec les modifications favorables de l'état nerveux et mental chez la plupart des malades traités par la méthode inaugurée par lui. Il estime que les résultats obtenus justifient les recherches ayant pour but l'utilisation thérapeutique du liquide céphalo-rachidien, humain ou animal, dans les diverses maladies du système nerveux.

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 15 novembre 1909.

I. — *Un cas de tabes spasmodique familial*; par le D^r A. Vigouroux. — M. Vigouroux présente un malade, âgé de trente ans, chez lequel a évolué, depuis l'âge de quinze ans, une paraplégie spasmodique. Il n'a jamais eu et n'a pas encore de troubles de la sensibilité subjective, ni aucun trouble des sphincters. Dans son hérédité on trouve la consanguinité des

parents (le père a épousé sa nièce) et l'existence de paraplégies chez un oncle et une tante du côté maternel.

Le diagnostic de paraplégie spasmodique familiale, type Strumpell, Déjerine et Sottas, s'impose.

II. — *Sécrétion lactée permanente depuis la puberté chez une jeune maniaque*; par le D^r Leroy. — M. Leroy présente une jeune fille de vingt-trois ans, entrée dans nos asiles pour un accès de manie, qui offre la singulière particularité d'avoir du lait depuis l'âge de dix ans. Elle est Algérienne, israélite, issue d'une famille tarée au point de vue cérébral : son père a eu des troubles intellectuels passagers et sa mère est une grande hystérique.

Cette jeune fille n'a que de légers stigmates de dégénérescence (front bas, ongles rouges); sa santé physique est parfaite. Les seins sont bien conformés, sauf l'absence de mamelon, ce qui élimine l'hypothèse de succion habituelle. La quantité de lait, toujours très appréciable, varie peu; elle est plus abondante au moment des règles. Ce lait est blanc, crémeux, coagulable, absolument comparable au lait normal. On peut en recueillir une cuillerée à café à chaque sein.

La malade est bien réglée: elle n'a jamais eu d'enfants et n'offre rien de particulier au point de vue génital.

III. — *Paralysie générale juvénile*; par le D^r Pactet. — M. Pactet présente un jeune malade de dix-neuf ans chez qui l'on constate le syndrome paralytique avec des phénomènes de paraplégie spasmodique. Ces accidents ont débuté à l'âge de quatorze ans.

A la séance de mai dernier, les opinions avaient été assez partagées sur le point de savoir s'il s'agissait dans ce cas de démence précoce ou de paralysie générale.

Bien que la ponction lombaire eût donné un résultat négatif au point de vue de l'existence de la lymphocytose, certaines particularités de l'état mental semblaient à M. Pactet devoir faire incliner le diagnostic vers la paralysie générale, et l'évolution clinique ne fait que le confirmer dans cette opinion.

IV. — *Descendance des paralytiques généraux*; par le D^r Trénel. — M. Trénel présente une mère paralytique et sa fille. La mère, âgée de quarante et un ans, est paralytique depuis deux ans. Forme démentielle.

La fille, âgée de vingt-deux ans, a l'idée obsédante du suicide depuis sa puberté (réglée à treize ans). Aûrait eu trois attaques convulsives de nature indéterminée il y a quelques

mois. Vers cette époque, elle se montre singulière et fait deux tentatives de suicide graves.

Depuis son entrée à l'asile, août 1909, elle présente un état anxieux avec idée de suicide, hallucinations de l'ouïe : idées mystiques, attitude hostile envers l'entourage. Son attitude et ses propos ont une teinte comitiale, sans qu'on ait constaté ni vertiges ni attaques.

Le cas est difficilement classable et n'est donné que comme document clinique à la question de la descendance des paralytiques généraux encore si controversée. Parmi les collatéraux il y aurait des épileptiques.

M. Pactet fait remarquer que la présentation de M. Trénel soulève la question si controversée de la descendance des sujets atteints de paralysie générale.

Quelle que soit l'importance du rôle que l'on attribue à la syphilis dans le développement de la paralysie générale, il lui semble bien difficile d'admettre, comme quelques-uns le font aujourd'hui, que les enfants nés avant la contamination syphilitique des parents soient à l'abri de toutes tares nerveuses ou mentales.

Cette conception, d'ailleurs, n'est pas en accord avec les lois de la pathologie générale. En effet, si la syphilis exerce chez certains malades son action sur le système nerveux, de préférence, il est de toute évidence que cette détermination spéciale a été favorisée par une vulnérabilité particulière de ce système. et dès lors, il est prudent de ne pas proclamer, sans réserves, l'immunité nerveuse des descendants.

V. — *Six cas d'encéphalite traumatique*; par les D^{rs} A. Marie et Davidenkow. — MM. Marie (de Villejuif) et Davidenkow (de Karkow) présentent six pièces provenant de sujets atteints d'encéphalite traumatique.

Cinq cerveaux sur six offrirent des foyers d'encéphalite superficielle dans l'hémisphère droit et au voisinage de la région temporale.

Trois sur quatre de ces malades morts paralytiques généraux étaient en outre syphilitiques avérés, un douteux présentait la réaction de Wassermann.

Deux autres malades, sans réaction de ce genre, ont été trouvés à l'autopsie, l'un avec les lésions ultérieures de la sensibilité (foyer lenticulaire symétrique à une encéphalite ancienne par balle de revolver à droite).

L'autre considéré de son vivant comme démence précoce

traumatique n'a pas de lésions histologiques des méninges ni des vaisseaux, mais il présente les lésions neuro-épithéliales pathognomoniques pour Klippel de la démence précoce; les auteurs supposent en ce dernier cas une infection de la plaie de tête ayant causé l'encéphalite d'abord, la démence ensuite.

Dans tous ces cas, on ne saurait sérieusement dénier l'influence du traumatisme initial évident comme cause de vulnérabilité cérébrale particulière à la paralysie générale, comme la démence sénile ou précoce.

Les examens histologiques complets ont été faits alternativement à Villejuif et au laboratoire de M. le professeur Raymond, pour chaque cas par les méthodes de Nissl, par l'hématéine-éosine, le Van Gieson et la méthode de L'Hermite (névroglie).

JOURNAUX ITALIENS

Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali.

ANNÉE 1907.

I. — *Sur l'aspergillus brun géant et sur ses propriétés toxiques par rapport à la pellagre*; par le Dr Ceni (numéro de janvier). — Cet ascomycète cultivé dans un milieu de composition constante et pendant les différentes saisons de l'année affecte tantôt les caractères du genre sterygmatozystis et tantôt ceux du genre aspergillus. C'est sous la première forme que la culture paraît être le plus facile à la température ambiante à la fin du printemps et au début de l'automne. La forme aspergillus qui paraît atypique s'accompagne d'une végétation moins abondante. A ces changements de forme correspondent des changements de coloration du mycélium. On trouve cet aspergillus brun géant dans la farine de maïs et même de blé provenant des pays où existe la pellagre. Les toxines que l'on en extrait paraissent moins actives que celles des autres ascomycètes. Les toxines injectées à un animal produisent seulement un état dépressif et des paralysies. Le degré de toxicité augmente de février à mai, redevient nul en juin et juillet et augmente de nouveau jusqu'à novembre.

II. — *Sur quelques controverses ayant trait aux toxines*

pellagrogènes. Observations et recherches; par le D^r Besta (numéro de janvier). — La grande discussion entre l'école de Gosio et l'école de Ceni porte sur les points suivants : pour Gosio, c'est le maïs qui est l'élément primordial dans le groupe des phénomènes qui conditionnent l'endémie pellagreuse. Quelque importants que soient les ascomycètes que l'on peut incriminer et ils paraissent devoir être nombreux, ils ne sont que secondaires, les toxines auxquelles ils donnent naissance présentent au plus haut point les réactions des phénols. Besta, élève et collaborateur de Ceni, voit au contraire l'élément primordial de la pathogenèse de la pellagre dans les champignons parasites et surtout dans les toxines qu'ils sécrètent. Il ne croit pas que ces toxines présentent constamment les réactions du phénol ni même que la réaction par le perchlorure de fer soit caractéristique de ce groupe chimique, tandis qu'il insiste sur le cycle biologique annuel de la toxicité des milieux où végètent ces champignons.

III. — *Sur le pouvoir toxique de quelques champignons allemands cultivés en Italie. Contribution à l'étude de l'influence du climat sur l'étiologie de la pellagre*; par le D^r C. Ceni (numéro de janvier). — Otto, de Fribourg en Brisgau, a obtenu des produits toxiques en ensemençant des *aspergillus fumigatus* venus d'Italie, tandis que les spores de même espèce d'origine allemande restaient inoffensives. Comme contrôle C. Ceni dans son laboratoire de Reggio Emilia cultiva des *Penicillium glaucum* venus de Halle, d'Aaresp et de Jastrow. Les *penicillium* isolés en Allemagne et expérimentés sur place par Otto ne présentaient en n'importe quelle saison de l'année que des cultures peu ou pas toxiques. Transportées en Italie, ces mêmes spores acquéraient la propriété d'élaborer des toxines soit excitantes et convulsivantes, soit déprimantes et paralysantes comme les *penicilliums* italiens et ils suivent les lois de l'activité toxique des champignons originaires de la péninsule. Il ne s'agit donc pas de variétés botaniques spéciales à ce pays, mais bien de climats différents agissant sur un même agent.

IV. — *Les altérations cadavériques du réticulum fibrillaire endothélial et des fibrilles longues dans les cellules de la moelle épinière*; par le D^r E. de Mattei (numéro de janvier). — L'auteur étudie la résistance du réseau fibrillaire des grandes cellules de la corne antérieure chez le bœuf et le lapin soumis à la putréfaction cadavérique dans un local froid et humide. L'examen histologique était pratiqué d'un à dix jours après

la mort. La méthode de Donaggio montre que, jusqu'à la fin du deuxième jour après la mort les diverses parties du réticulum fibrillaire endocellulaire, les fibrilles longues, etc., sont bien conservées, de mêmes que les cellules de la moëlle, elle-même. C'est cependant la méthode qui, mieux que les autres et que celle de Nissl en particulier, met en évidence les altérations cadavériques des cellules nerveuses ; il est cependant toujours difficile de bien faire la différence entre les altérations pathologiques et les altérations cadavériques. On observe comme altérations cadavériques les suivantes : le noyau ne se différencie plus que d'une façon imparfaite, décoloration ou vacuolisation de la nucléole, désagrégation du réseau intercellulaire, épaississement des fibrilles longues à la périphérie, raréfaction de la substance chromatique périnucléaire. Cette description coïncide d'ailleurs avec celle déjà donnée par Scarpini.

V. — *Les échanges urinaires dans les migraines* ; par le Dr Bioglio (numéro de janvier). — La quantité globale d'urines éliminées par les malades dans l'intervalle qui s'écoule entre deux attaques consécutives est presque toujours inférieure à la normale, rarement elle lui est égale. Le jour de l'accès la quantité d'urines est toujours diminuée. Dans l'intervalle des accès la densité des urines se maintient au voisinage de la normale, elle augmente un peu le jour de l'accès. Inférieure aussi à la normale est la quantité d'azote dans l'intervalle des accès, elle augmente pendant l'accès. L'acide urique et l'urée s'éliminent elles aussi dans la période intervallaire en quantités inférieures à la normale, il y a augmentation pendant l'attaque, mais jamais elles n'atteignent les chiffres normaux moyens. La créatinine se conduit de la même façon. L'ammoniaque urinaire s'élimine en quantité variable pendant la période intervallaire. Presque toujours cependant les valeurs oscillent dans les limites de la normale. Pendant les attaques, les oscillations sont plus étendues, mais il n'y a aucun rapport constant entre les variations de l'accès et celles de l'ammoniaque. L'acide phosphorique total oscille d'une façon variable, se maintenant en général dans les limites des valeurs normales. Dans la période d'intervalle des accès, en général, mais non constamment, le taux de l'acide phosphorique diminue pendant l'accès. Les phosphates terreux dans la période d'intervalle ont une valeur inférieure à la normale, leur élimination augmente constamment au moment de l'attaque. Les quantités de phosphates alcalins oscillent d'une façon variable, soit pendant

l'attaque soit en dehors d'elle. Celles des chlorures et de l'acide sulfurique total sont, tant pendant l'attaque qu'en dehors d'elle, constamment inférieures à la normale, mais on n'a jamais pu établir de rapport constant entre les attaques et les variations des éléments urinaires. En somme, aucune altération n'a été trouvée constante. Les échanges azotés sont légèrement retardés dans la migraine tant dans l'intervalle que pendant les accès; les valeurs des chlorures, de l'acide sulfurique total, des phosphates terreux sont inférieures à la normale. Pendant l'attaque les échanges azotés s'accroissent constamment, tous les autres éléments de l'urine oscillent d'une façon variable ou restent invariables. Ces résultats sont analogues mais non identiques à ceux obtenus par Guidé dans l'épilepsie.

VI. — *Sur la psychose de Korsakoff*; par le D^r Bonfigli (numéro de janvier). — Ce syndrome paraît se rencontrer dans l'alcoolisme chronique, la tuberculose, la syphilis, les traumatismes physiques et psychiques, la démence paralytique, les auto-intoxications à la suite des maladies infectieuses. D'après Wernicke, il est caractérisé par des troubles de l'orientation, de très graves lésions de la mémoire, une tendance marquée à la confabulation et de l'amnésie rétro-active. Kraepelin y ajoute les fausses reconnaissances; Soukhanoff et Boulenko remarquent que les phénomènes polynévritiques sont loin d'être constants. L'auteur publie une observation typique de ce syndrome avec puisement des troubles polynévritiques. Autopsie et examen histologique qui permet de constater les faits suivants: Altérations des cellules pyramidales du cortex qui sont moins profondes que ne l'indique Gilbert Ballet, les petites cellules sont mal délimitées, les corps cellulaires décolorés avec des vacuoles et des amas de pigment, chromatolyse, hypertrophie de la névroglie, les cellules moyennes présentent, en plus des lésions que nous venons de décrire, des phénomènes de dégénérescence aiguë: le corps cellulaire est gonflé, le noyau devient excentrique, la chromatolyse est plus diffuse. Les grandes cellules pyramidales et les cellules de Betz présentent des altérations analogues. Les cellules polymorphes sont moins atteintes. Les noyaux névrogliques ne sont pas très augmentés de nombre, mais ils sont disposés irrégulièrement. La pie-mère est congestionnée; çà et là on constate des amas d'hématies et de leucocytes et dans quelques vaisseaux des amas de fibrine. Les parois de ces vaisseaux sont épaissies, les gaines lymphatiques gonflées. Dans les nerfs périphériques les gaines de Schwann

prolifèrent et la myéline se met en grains, atrophie et disparition du cylindraxé.

VII. — *Le problème actuel de la mélancolie. Considérations, cas cliniques*; par le Dr Silvio Ricca (numéro de janvier). — L'auteur n'admet pas la théorie kraepelinienne de la folie maniaco-dépressive et reste partisan de la théorie classique qui admet des mélancolies simples et des mélancolies périodiques; dont la folie périodique ou à double forme est un type. Il considère comme variétés de la mélancolie des formes pures juvéniles et séniles, des mélancolies mixtes accompagnées de manie de forme régulière (cyclique) ou irrégulière. La folie maniacodépressive se réduit donc aux cas, d'ailleurs nombreux, de manie ou de mélancolie mixte. C'est la psychose distimique de Morselli. L'essence même de la maladie est une altération du sentiment. L'utilité pratique de la théorie de Kraepelin paraît illusoire à Ricca. La manie existe, c'est une des formes curables de la folie. Déclarer que la folie simple maniaque ou mélancolique ne peut être distinguée des formes distimiques, c'est commettre une erreur plus grave pratiquement, que l'erreur inverse dans le pronostic. Du moment que l'avenir d'un mélancolique est inconnu, il n'y a aucun intérêt à compliquer le problème. Certes l'Ecole de Munich veut montrer, par une unité de nom, les rapports intimes qui unissent la manie et la mélancolie : cela ne résout pas la question de l'identité; ce n'est qu'une théorie qui ne doit pas encore obtenir droit de cité dans la pratique.

VIII. — *Stéréotypie et phénomènes d'automatisme chez les aliénés*; par le Dr Fratini (numéro de janvier). — La stéréotypie est, pour l'auteur, la persistance excessive des manifestations cynésiodiques de la vie psychique, soit dans l'ordre statique : attitudes expressives, soit dans l'ordre dynamique (mouvements et action). On les rencontre chez les déments précoces et organiques, dans la paralysie générale, chez les phrénasthéniques. L'auteur considère également les fausses stéréotypies, phénomènes automatiques : bizarreries, caprices (mordeurs, collectionneurs, coprophages), les tics, le syndrome de Gilles de la Tourette et ce qu'il appelle la pantomimie des maniaques, des paranoïaques (pantomime orgueilleuse), des hystériques (pantomime passionnelle). Il distingue : 1° Une stéréotypie statique ou d'attitude qui peut être acynétique (repos indifférent) ou hypercynétique (catatonie); 2° Une stéréotypie dynamique qui peut être paracynétique (mouvements

systématisés) ou stéréotypie du langage — ou bien dyspragique, ce qui correspond au maniérisme de certains auteurs. Comme causes, il en reconnaît d'ataviques, surtout fréquentes chez les débiles, tels : le mouvement de pendule, le dodelinement, le tic de léchage, le grincement de dents, l'onanisme, l'onychophagie, les accès de colère des imbéciles ; d'autres sont automatiques ou secondaires, les gestes répétés, la mimique spéciale, la démarche en cercle ou en carré, la verbigération, les néologismes des paranoïaques, l'automatisme d'origine professionnelle. Ces stéréotypies secondaires tendent chez les déments précoces à disparaître avec le temps et sont souvent remplacées dans l'involution de la personnalité par des stéréotypies du type atavique. Elles sont dues à une fréquence ou à une intensité exceptionnelles de l'activité cérébrale subconsciente. Leur caractère est de ne subir aucune modification, ou tout au moins de ne changer qu'avec une extrême lenteur et de s'interrompre seulement pendant l'exécution des actes volitionnels. La catatonie, dont le négativisme et le maniérisme ne sont que des modalités, existent dans les trois formes de la démence précoce. Enfin l'auteur termine par un excellent tableau de la psychasthénie qui est caractérisée, d'après lui, par de la stéréotypie (maniérisme, attitudes expressives, verbigération, etc.), de la suggestibilité, du ralentissement des processus associatifs, des troubles de la volonté, aboulie, raptus, des désordres affectifs (apathie) et la perte du pouvoir de contrôle.

IX. — *Troubles nerveux subits et accidents d'automobile*; par le Dr P. Petrazzani (numéro de janvier). — Etant donnée la vitesse à laquelle marchent aujourd'hui les automobiles, vitesse que les perfectionnements incessants apportés à la construction de ces véhicules augmente sans cesse, la moindre défaillance du chauffeur peut devenir la source des plus graves accidents, et Petrazzani en cite des exemples. La simple vertige, dit « a stomacho laeso », quelle qu'en soit d'ailleurs la cause véritable, peut être la source de dangers très réels; il paraît être assez fréquent chez les chauffeurs et serait peut-être chez eux comme une vague ébauche du mal de mer. Les moindres troubles de la vue, la faiblesse de l'acuité visuelle, la dyschromatopsie, la fatigue de l'accommodation ont une importance exceptionnelle chez les conducteurs d'automobiles comme chez les agents des trains de chemin de fer. Donc, pour Petrazzani; et nous nous associons à son vœu, l'autorité supérieure doit, en même temps qu'elle exige du chauffeur un examen

technique, faire examiner par un oculiste l'état de l'appareil oculaire et s'assurer, autant que faire se peut, que le sujet n'est ni hystérique, ni épileptique, ni neurasthénique, qu'il est exempt de toute autoxication chronique, exogène ou endogène: tabagisme, alcoolisme, morphinisme, arthritisme, urémie, intoxication intestinale. Cette seconde partie me paraît bien difficile à mettre en pratique.

X. — *Recherches sur quelques propriétés du sérum du sang dans la pellagre humaine et dans la pellagre expérimentale*; par le D^r Besta (numéro de janvier). — Le sérum du sang des individus atteints de folie pellagreuse ne possède, d'après les recherches de l'auteur, aucune propriété qui puisse être considérée comme spécifique de la maladie, il se comporte comme du sérum normal. Il en est de même du sérum du sang des animaux intoxiqués d'une façon aiguë ou chronique, par les poisons aspergillaires ou pénicillaires. Le sérum humain et celui de l'animal ne se comportent pas d'une façon absolument identique; on peut donc affirmer que les manifestations morbides de la pellagre et de l'intoxication expérimentale aspergillaire et pénicillaire ne nécessitent aucune altération spécifique préalable de la crase sanguine. En admettant que l'absence de spécificité du pouvoir précipitant des antisérums soit un fait peu important pour permettre de conclure à une non spécificité de l'action des sérums respectifs, et qu'il n'y ait aucune différence entre le pouvoir toxique et l'activité coagulante du sérum pathologique comparée au sérum normal, ce sont cependant là des faits qui ont une certaine valeur. Or, pour ce qui est du pouvoir toxique, on démontre que ce sérum pathologique injecté en grande quantité dans le péritoine d'un lapin, pénètre dans la circulation générale, mais en petite quantité pendant peu de temps et toujours en quantité moindre que celle, cependant bien faible, qui chez le pigeon donne lieu à des troubles évidents. Pour ce qui est de l'activité coagulante, Besta hésite à admettre que l'intoxication pellagreuse, aussi bien que celle causée par les ascomycètes, produisent ces destructions d'éléments organiques importantes, qui diminuent l'activité coagulante du sérum.

XI. — *Altérations histologiques de la moelle épinière causées par les poisons du maïs*; par le D^r Scrini (numéro de janvier). — Cet article, écrit sous l'inspiration et dans le laboratoire de Gosio, reflète de tout autres préoccupations que le précédent. L'auteur a expérimenté sur quatre chiens. Il fit absorber au

premier du maïs souillé par le pénicillium glaucum, le second et le troisième furent nourris avec du maïs sain, mais d'une façon exclusive. Le quatrième vécut du régime ordinaire, mais absorbait 1 gramme de culture sèche sporifique de pénicillium glaucum hypertoxique. Les expériences furent poursuivies pendant un temps suffisant. Les animaux sacrifiés ensuite, leurs moelles recueillies et examinées par différentes méthodes, celle qui donna les meilleurs résultats fut celle de Donaggio. Les moelles de ces animaux présentaient toutes des lésions, mais seules celles des chiens nourris d'une façon exclusive avec du maïs étaient comparables et presque identiques à celles de la pellagre humaine.

Donc, pour Scrini, la question de la pellagre reste tout entière à résoudre.

XII. — *Les phénomènes psychiques de la migraine et leurs rapports avec l'épilepsie*; par le Dr Forli (numéro de janvier). —

La migraine s'accompagne souvent de troubles psychiques généralement très légers. Ils peuvent débiter un ou deux jours avant l'accès, le précéder immédiatement ou l'accompagner. Le plus généralement, ils se produisent au moment de l'acmé et diminuent graduellement. Ce n'est cependant pas l'intensité de la douleur qui paraît en être la cause : ils rentrent dans le groupe des syndromes que Griesinger et Schüle ont désigné sous le nom de dysthymie ou de dysphrénie névralgique ; la douleur et le trouble de l'intelligence sont deux symptômes d'un même état pathologique et jouissent d'une indépendance relative, et si l'acmé douloureuse est contemporaine du maximum des phénomènes psychiques, c'est que c'est à ce moment même que la cause unique du mal agit avec le plus d'intensité. Parmi ces troubles mentaux qui s'étendent sur toute la sphère de l'intelligence, ce sont les phénomènes psycho-sensoriels et en particulier ceux de l'ouïe et de la vue qui sont les plus intenses et les plus constants. On peut observer tous les degrés, depuis la simple hallucination élémentaire jusqu'à l'hallucination figurée la plus complexe. Ces phénomènes se sont présentés à l'auteur dans des cas où l'on ne pouvait soupçonner ni l'hystérie ni l'épilepsie et dans lesquels il n'y avait aucun doute qu'ils fussent dus à la migraine. Ces hallucinations ne modifient en rien la marche de l'indisposition. L'épilepsie et la migraine sont pour Forli des maladies qui évoluent sur le même terrain de prédisposition naturelle, mais elles sont différentes, ont chacune leur genèse et leur évolution particulières ; il y a certes

des cas où le diagnostic différentiel peut être difficile, mais ce n'est pas une raison pour confondre les deux états.

XIII. — *Les altérations cadavériques du réticulum neuro-fibrillaire de la cellule nerveuse dans la mort par asphyxie rapide mécanique*; par le D^r de Mattei (numéro de janvier). — L'asphyxie par pendaison et par strangulation s'accompagne dans le système nerveux de lésions identiques du réseau endocellulaire révélées par la méthode de Donaggio. Raréfaction du réseau, bourrelet périnucléaire, formation de zones claires, arrondies ou ovales, amincissement des fils du réseau, différenciation imparfaite du noyau. L'asphyxie par submersion, au contraire, est accompagnée de diminution de la netteté et de la délicatesse du réseau, de resserrement et d'épaississement de ses mailles, d'irrégularités légères du trajet des fibrilles longues, d'apparition de vacuoles, de disparition du bourrelet périnucléaire, de formation de zones claires formées par l'amincissement des fils du réseau qui se désintègre en partie; le noyau est imparfait et la coloration moins foncée. Les éléments nerveux altérés pendant la vie, au moment de l'asphyxie supportent presque aussi bien la putréfaction pendant les quarante-huit heures qui suivent la mort que ceux des sujets normaux. Mais ensuite, celle-ci marche beaucoup plus vite dans le système nerveux altéré que dans celui qui est resté sain. Le diagnostic histologique de l'asphyxie mécanique est donc possible sur des fragments de moelle recueillies pendant ces deux jours. Mais ensuite le diagnostic devient incertain. Les altérations de la cellule nerveuse, qui est détruite par la décomposition cadavérique, ne marchent pas de la même façon que celles produites par la submersion ou l'asphyxie. Chez celles venant de sujets morts asphyxiés, il n'y a pas uniformité des altérations des éléments du système nerveux situés sur une même coupe, et il n'y a pas parallélisme entre les modifications du réseau fibrillaire endocellulaire et celle des fibrilles longues des prolongements protoplasmiques et cylindraxiles. C'est dans l'asphyxie par submersion que la putréfaction du système nerveux est la plus rapide.

XIV. — *Lésions primaires des fibres nerveuses par diverses conditions expérimentales examinées par la méthode de Donaggio pour les dégénérescences*; par le D^r Riva (numéro de janvier). — Les animaux en expérience ont été soumis soit à l'inoculation, soit à l'action de la picrotoxine ou de l'huile essentielle d'absinthe, soit encore au froid et à la congélation. Les mé-

thodes habituelles de coloration des fibres, celles de Marchi, de Weigert-Pal, la nigrosine, etc., ont donné des résultats négatifs ou douteux. Seule la méthode de Donaggio a montré des lésions qui se rapprochent de celles de la diphtérie expérimentale et obéissent à la systématisation telle que l'a montrée V. Flechsig. La région dorsale est plus atteinte que les autres.

XV. — *Recherches sur l'indoxylurie dans les maladies mentales*; par le D^r Pardo (numéro de janvier). — Les albuminoïdes altérées par les intoxications intestinales forment dans l'intestin de l'indol $C^8 H^7 Az$ et du scatol $C^8 H^9 Az$ qui sont absorbées par la circulation générale et deviennent de l'indoxyl $C^8 H^7 OAz$ qui s'élimine par les urines : on a cru autrefois que cette élimination se faisait à l'état d'indican, mélange de scatol et d'indol, ce qui est une erreur. Cet indoxyl soumis à certains réactifs se transforme soit en indigotine qui est bleue, soit en indorubine qui est rouge : ce sont deux isomères répondant à la formule $C^{16} H^{16} AzO^2$ et aussi en une faible quantité d'un pigment brun mal connu. Pour mettre l'indoxyl de l'urine en évidence, il faut recourir soit à la méthode d'Obermeier, soit à celle de Maillard. La première consiste à ajouter à une certaine quantité d'urines une quantité égale de solution aqueuse d'acétate de plomb à 20 p. 100 qui précipite certains produits qui gêneraient la réaction : on filtre, on ajoute une solution normale d'HCl contenant de 3 à 4 p. 100 de perchlorure de fer et du chloroforme, on ajoute et on obtient une coloration rouge ou bleue. Maillard acidifie l'urine avec de l'acide acétique, ajoute un dixième du volume de solution aqueuse à 2 p. 100 de sous-acétate de plomb, il ajoute un volume égal d'HCl fumant, puis du chloroforme et agite. Si la coloration ne se produit pas, il ajoute quelques gouttes d'eau oxygénée au dixième, il se produit alors une coloration bleue, violette ou pourpre intense. La dose d'indoxyl contenu dans l'urine est normalement de 2 à 3 centigrammes par jour; elle augmente considérablement dans le surmenage intellectuel, les démences précoces, paralytiques et séniles, la lypémanie, les folies maniaco-dépressive, alcoolique, puerpérale, pellagreuse, hystérique, confusionnelle, la paranoïa; on en trouve alors jusqu'à 10 et 12 centigrammes par jour dans les formes dépressives, 5 à 10 dans les formes expansives. La quantité se rapproche de la normale dans les périodes de calme; dans les formes intermittentes, elle augmente au moment des paroxysmes. Les écarts de régime facilitent aussi son apparition.

XVI.—*Sur les méthodes employées pour relever la statistique des aliénés*; par le D^r Fornasari de Vercé (numéro de janvier). — Il est difficile d'obtenir que les gens déclarent eux-mêmes les tares dont eux ou leurs proches sont atteints, force est donc pour établir la statistique d'avoir recours aux déclarations des médecins et à celles des décès. Une autre source d'information est la statistique des malades traités dans les établissements publics et les résultats des opérations des conseils de revision. Pour l'aliénation mentale en particulier, la statistique renseignerait, si elle était bien faite, sur le développement et les causes de cette maladie, mais il paraît impossible d'établir scientifiquement où commence et où finit la folie. En Hongrie, les médecins officiels furent invités, en 1895 et en 1901, à remplir les fiches concernant les aliénés en enquêtant au cours des séances où ils sont en contact avec les populations (vaccinations, inspection des écoles et des établissements publics); ils devaient autant que possible pour chaque malade faire connaître la cause de la maladie, sa forme aiguë ou chronique, l'appoint alcoolique, l'idiotie, le crétinisme. Pour les classes supérieures de la société ils étaient autorisés à taire le nom. Un bordereau récapitulatif était transmis au médecin du district qui lui-même faisait parvenir ses résultats généraux au médecin chef de la province, et, de là, ils parvenaient au ministère. Les villes importantes envoyaient au ministère directement leurs fiches : c'est le seul exemple de statistique générale des aliénés faite en dehors des asiles qui ait abouti; dans les asiles on peut dresser des tableaux des malades présents à un jour donné ou bien les entrées annuelles sans tenir compte des récidives. Un congrès international devrait fixer la classification à adopter et les questions aux différents établissements.

XVII. — *Influence des centres corticaux sur certains phénomènes de la génération et de la perpétuation de l'espèce*; par le D^r Ceni (numéro de mai). — On peut considérer comme démontrée expérimentalement l'influence surprenante et directe que les centres corticaux exercent sur la faculté d'engendrer : une lésion de ceux-ci correspond à une stérilité proportionnelle à l'étendue de la lésion elle-même ; nonobstant l'intégrité absolue de l'instinct sexuel et de la faculté d'accomplir l'acte de la copulation qui restent intactes, on peut considérer comme démontrée l'influence directe que les centres nerveux exercent sur tout le complexe des processus fonctionnels les plus secrets des organes de la reproduction. C'est un effet de la loi biolo-

gique qui exige que les procréateurs soient sains, pour pouvoir reproduire normalement. Les troubles fonctionnels des organes de la reproduction dus à des lésions cérébrales ont un caractère progressif, spécialement chez le mâle. Ainsi le coq privé partiellement de son cortex, après avoir eu une période d'activité sexuelle normale de un ou deux ans, présente de graves phénomènes d'épuisement général et meurt au bout de quelques semaines dans un état profond de marasme caractérisé surtout par une atrophie énorme de ses testicules.

XVIII. — *Sur la signification des anomalies physiques en rapport avec l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce*; par le D^r Saiz (numéro de mai). — Examinant au point de vue des tares dégénératives 50 individus sains et 50 déments précoces, l'auteur a trouvé une moyenne de 9 signes 65 pour la première catégorie et 18 pour la seconde : il s'ensuit donc que dans la très grande majorité des cas la démence précoce n'est pas psychose purement accidentelle, mais qu'elle se développe sur une base dégénérative ou héréditaire, élément étiologique important, sans préjudice évidemment des processus auto-toxiques qui jouent un rôle très important dans la pathogénèse de cette affection.

XIX. — *La main*; par le D^r Audenino (numéro de mai). — Il ne s'agit plus de chiromancie, mais d'anthropologie criminelle. Chaque anomalie de la main a une valeur hautement dégénérative. Les lignes longitudinales appartiennent en propre aux singes inférieurs. Leur présence chez l'homme est une anomalie réversive. Les chiromanciens distinguaient la ligne du soleil, allant de l'annulaire au petit doigt, et la ligne de Saturne, gagnant la base du médus; les anthropologues en notent de plus une allant du carpe au milieu de la main, une autre allant du carpe à l'annulaire, mais pouvant gagner l'auriculaire. Ces dernières sont assez rares. Parmi les lignes transversales, citons la ligne de vie des chiromanciens contourant l'éminence thénar, la ligne de tête ou ligne de flexion de l'index, la ligne de cœur ou ligne de flexion des trois derniers doigts. Ces sillons transverses plus ou moins obliques manquent chez les singes inférieurs; ils deviennent de plus en plus transversaux à mesure qu'on se rapproche de l'homme. Les crétins ont soixante-six fois sur cent des plis palmaires formant un réseau très spécial à cette maladie et très rare partout ailleurs. Les idiots, les aliénés, les criminels-nés, les fous moraux ont aussi fréquemment des plis longitudinaux. Enfin, chez un féroce

criminel-né, homicide et suicide, l'auteur a observé une rareté extrême des plis de la main. Normalement, le bord cubital de l'avant-bras prolongé sépare la main en deux portions, l'interne étant formée d'une plus ou moins grande partie de la zone hypothénar. Chez les dégénérés, le bord cubital de la main est dans le prolongement de celui de l'avant-bras, disposition que l'on rencontre chez certains singes et aussi dans la paralysie du nerf cubital.

XX. — *Deux cas de démence paralytique avec syphilis cérébrale. Contribution clinique et anatomo-pathologique*; par le Dr Giacchi (numéro de mai). — Deux observations extrêmement intéressantes, en ce sens que rien dans la symptomatologie ne permettait de supposer que l'on n'était point en présence de deux paralysies générales typiques. Ce n'est qu'à l'autopsie que l'on trouva dans un cas, à la face inférieure du cerveau, une plaque d'aspect syphilitique dont la coupe blanchâtre avait un aspect cicatriciel de 2 centimètres d'épaisseur, et dans l'autre les artères avaient l'aspect syphilitique typique, l'examen histologique confirme les données macroscopiques; dans le premier cas, le cervelet adhérait à la dure-mère. Des cas analogues ont été signalés par Zambaco, Westphal, Meyer, etc. Constatons l'inefficacité absolue du traitement dans les cas de syphilomes diffus. Ces faits montrent qu'en tout cas la paralysie générale ne saurait figurer sur la liste des accidents spécifiques proprement dits.

XXI. — *Symptômes psychiques prémonitoires de l'attaque de migraine*; par le Dr Guido Guidi (numéro de mai). — Les symptômes prémonitoires de la migraine que nous avons déjà étudiés plus haut se sont accompagnés, dans deux cas que l'auteur a suivis à la clinique Sciammana de Rome, de glycosurie transitoire: d'autres sujets se montraient apathiques, tristes ou au contraire irritables et querelleurs; souvent, il y avait de l'anorexie ou plus rarement de la voracité. On a même signalé du somnambulisme. La faiblesse irritable qui suit la migraine est comparable, quoiqu'elle soit plus rare, à celle qui suit la crise comitiale: il semble qu'il soit logique de penser que la migraine, comme l'épilepsie, résulte d'une altération plus ou moins accusée des échanges matériels.

XXII. — *Les syndrômes moteurs de la première enfance en rapport avec les conditions du système neuro-musculaire*; par le Dr Franconi (numéros de mai et de novembre). — Le cerveau est au moment de la naissance un des organes importants de

l'enfant; il représente un huitième environ du poids total, alors que chez l'adulte il n'est que un quarante-cinquième environ; mais ce sont les éléments nobles du cortex qui sont les derniers à se former, tandis que les neurones des centres inférieurs ont déjà atteint leur plein développement; les nerfs périphériques craniens sont déjà en partie myélinisés. D'autre part, les muscles diffèrent de ceux de l'adulte en ce qu'ils sont plus riches en eau et qu'ils contiennent moins de myosine, de sels inorganiques et de matières grasses. On peut donc conclure au point de vue physiologique que les réflexes sont les seuls mouvements actifs dans les premiers jours de la naissance et ce n'est que très lentement que se substituent à eux les mouvements complexes ou volontaires. Les sens spéciaux, sauf le toucher, n'existent guère dès la naissance. Parmi les mouvements réflexes les plus intéressants et les plus précoces, citons la respiration, la succion, la déglutition, la défécation, les réflexes pupillaires à la lumière, les vaso-moteurs. Cette physiologie spéciale des enfants nouveau-nés détermine leur pathologie spéciale: on observe chez eux le plus souvent des états d'hypertonie: spasmes, myotonie, pseudo-tétanos d'Escherich, syndrome tétanoïde, laryngospasme, tétanie, convulsions éclamptiques, c'est-à-dire toutes les manifestations qui, en l'absence des centres supérieurs, se révèlent par de l'exagération des réflexes ou du tonus musculaire.

XXIII. — *Neurasthénie et paralysie générale progressive*; par le D^r Petrazzani (numéro de mai). — Souvent la paralysie générale débute par un état neurasthéniforme qui précède l'apparition des premiers signes certains de la paralysie générale. Cette neurasthénie a tous les caractères de la neurasthénie commune. Elle n'est pas toujours évidente, mais elle est bien souvent typique. Elle est d'autant plus fréquente qu'on prend plus de soins pour la rechercher, surtout dans l'anamnèse des malades. La neurasthénie qui se développe sur des sujets à hérédité lourde, atteints d'arthritisme ou d'alcoolisme, est souvent suivie de paralysie générale, celle-ci est le produit de la neurasthénie à laquelle se surajoutent la parasymphilie, l'hérédité, l'arthritisme, l'alcoolisme, etc. Il y a certainement plus dans le tableau étiologique de la paralysie générale, que dans le tableau étiologique de la neurasthénie, plus la syphilis ou l'hérédité. On est autorisé à considérer la neurasthénie comme due le plus souvent à une intoxication exogène ou endogène, chronique, d'origine gastro-intestinale. On est également amené

à penser que la paralysie générale est, elle aussi, fonction d'intoxication exo ou endogène, mais de nature inconnue. On peut donc penser que les toxines intestinales jouent un rôle primordial dans les paralysies générales qui succèdent à la neurasthénie; en fait, tous les intermédiaires existant cliniquement entre les symptômes de la maladie de Bérard et ceux de la maladie de Bayle. Donc la curabilité de la paralysie générale est, jusqu'à un certain point, proportionnelle à l'intensité de la durée de l'action morbifique et du degré de résistance des centres. L'atténuation ou la cessation temporaire ou définitive de l'intoxication, peut occasionner l'atténuation ou la cessation temporaire ou définitive du processus paralytique: rémission, guérison avec ou sans séquelles. L'excessive sévérité du pronostic actuel est due à ce que les formes initiales sont méconnues ou classées sous la fausse étiquette de pseudo-paralysie générale. On doit donc modifier les conclusions actuelles relatives à la fréquence de la paralysie générale, et attribuer à cette maladie les cas caractérisés par les symptômes précédents: pour les guérir, mieux vaudrait un bon régime diététique bien approprié, que l'application tardive d'un traitement spécifique devenu inutile. L'usage exagéré de la viande paraît être une des causes de ces troubles gastro-intestinaux qui jouent un rôle dans l'étiologie de la paralysie générale.

L. WAHL. XX

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

The Eighty-second annual report of James Murray's Royal Asylum, Perth (82^e rapport annuel de l'asile royal James Murray, à Perth). Broch. in-8°, Perth, 1909.

L'asile royal James Murray est situé dans un joli site, sur une colline, dans les environs immédiats de la ville de Perth, au centre de l'Ecosse. C'est une manière d'asile autonome pour malades pensionnaires, créé par donation, administré par un Conseil de directeurs et dirigé par un directeur-médecin, M. A. R. Urquhart, assisté d'un médecin.

Il se compose d'un bâtiment central, de villas, pavillons séparés, infirmeries, ne reçoit pas de malades pauvres, et n'est destiné qu'à un petit nombre de malades (le prix minimum de la pension est de 2.225 francs). Les distractions, le travail, les jeux, promenades en voiture, sont systématiquement organisés, et le maximum de liberté est laissé aux malades.

Au 31 mars 1909, l'asile comptait 142 malades et avait admis dans l'année finissant à cette date 41 malades.

Les recettes de l'asile s'élèvent à la somme de 400.000 francs, soit à raison de 2.816 francs par malade; les dépenses atteignent 365.000 francs, et il résulte un bénéfice de 35.000 francs environ.

Après un rapport sommaire du Conseil d'administration, qui mentionne l'aménagement de quatre cottages pour infirmiers mariés et une villa pour malades riches, vient le rapport du médecin-surintendant, M. A. R. Urquhart.

Il y a eu 32 sorties et 1 seul décès.

Parmi les malades admis, 25 avaient une prédisposition héréditaire, 12 appartenaient à des familles à tendances névropathiques et 3 avaient des ascendants alcooliques.

A signaler que deux opérations ont été faites sur des épileptiques : l'un était porteur d'une suppuration de l'oreille, et après l'opération ses attaques et son agitation ont cessé; l'autre avait reçu un coup sur la tête pendant son enfance et les résultats de l'opération furent négatifs.

Un unique décès a été constaté cette année, et il survint moins de quinze jours après l'admission pour un malade qui présentait des symptômes de manie avec intoxication profonde. M. Urquhart demande que le laboratoire de l'asile écossais continue à fournir ses ressources pour toutes les recherches cliniques.

Le travail et les distractions des malades ont justement préoccupé la direction qui, en outre, se félicite que de nombreuses visites (558) aient été faites aux malades ; mais elle regrette néanmoins qu'un article statutaire n'oblige pas ceux qui sont responsables de l'internement à visiter les malades à des intervalles réguliers.

Il n'y a pas eu emploi du restraints et de l'isolement durant l'année. Aucune épidémie n'est à signaler ; les malades ont été pesés régulièrement, et tous ont conservé leur poids.

Le nombre des pensionnaires tendant à rester stationnaire depuis quelques années, il n'y a pas lieu de songer à agrandir encore l'asile, qui s'est augmenté récemment par l'aménagement d'une dépendance « Pitcullen ». Des réservoirs à eau chaude ont été installés pour une distribution abondante dans tout l'établissement. Le système de chauffage, dérivé de la cuisine, a fonctionné parfaitement.

A toutes ces conditions excellentes et à ces beaux résultats s'ajoute la stabilité dans le personnel : on compte 3 membres du personnel ayant plus de trente ans de service, 2 plus de vingt ans, 13 plus de dix ans...

Le rapport des commissaires « in Lunacy » fait suite, et constate qu'il n'y a eu ni restraint ni évasion. La proportion des infirmiers de jour est de 1 pour 3,3 malades, et celle des veilleurs de 1 pour 16. Aucun malade ne s'est présenté pour formuler une plainte, et l'impression pour les membres de cette Commission a été que les malades se trouvaient aussi bien que leur sort le permettait.

Signalons le rôle de cette Commission in Lunacy, qui vient à l'asile, s'occupe du bien-être des malades, des alités, des isolés, de leurs jeux, etc..., et aussi de celui des infirmiers, pour lesquels quatre logements ont été construits cette année.

Le régime de l'asile a permis que, sur leur parole, 12 malades soient autorisés à sortir du domaine et 29 à circuler dans son enceinte : cela traduit l'esprit qui anime l'établissement. Sur 66 pensionnaires hommes, 47 sont occupés, dont 16 régulièrement dans les champs et au jardin. De nombreuses promenades

sont organisées, et il y a eu 405 promenades en voiture dans l'année.

Les salles sont décorées avec goût, signalent les commissaires, et repeintes à neuf; les pavillons donnent l'impression de maisons particulières.

D^r EDMOND CORNU.

Contribucion al estudio de una anomalia reversiva de la mano; su frecuencia en los degenerados y en los normales; su significado (Contribution à l'étude d'une anomalie régressive de la main; sa fréquence chez les dégénérés et chez les normaux; sa signification); par le D^r Antonio Lecha-Marzo. Broch. 18 pages. Extrait de *Revista de Medicina y Cirugia practicas*, mars 1907.

Cette anomalie, étudiée successivement par Masini et Gasparini, est caractérisée par une amplitude exagérée des mouvements d'extension des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes, qui permet au sujet de replier les doigts vers le dos de la main jusqu'à l'angle droit et au delà. Ce sont les cas extrêmes qui constituent l'anomalie. L'auteur a examiné environ 250 sujets des deux sexes et de divers âges, auxquels il faisait exécuter des mouvements spontanés de flexion dorsale des doigts, mouvements dont il exagérait ensuite l'étendue pour s'arrêter dès la provocation d'une légère douleur. Il conclut à l'existence de plusieurs variétés : la *flexion dorsale arquée*, à laquelle participent l'articulation métacarpo-phalangienne et une ou deux phalanges; la *flexion dorsale angulaire*, qui dépend seulement de l'articulation métacarpo-phalangienne et se subdivise elle-même, suivant que les doigts restent rectilignes ou s'incurvent en formant une concavité tournée vers le haut (l'avant-bras étant vertical avec point d'appui sur le coude). Cette hypotonie ne résulte pas de troubles de l'ossification des épiphyses ni de causes pathologiques. L'auteur l'explique par un relâchement des ligaments et par un plus grand développement des surfaces articulaires du côté de l'extension. Le signe de Masini, congénital selon Gasparini, et qui s'observe indifféremment chez des dégénérés et des individus normaux, est peut-être un rappel de la flexion dorsale physiologique des singes. La main gauche possède presque toujours la flexion dorsale des doigts : tandis que la main droite se développait

d'avantage en s'adaptant à la fonction préhensive, la gauche, moins forte et moins habile, a conservé ataviquement une partie de la mobilité qu'exigeait sa fonction primitive de soutien, L'anomalie étudiée serait enfin plus fréquente chez les intellectuels que chez les travailleurs manuels.

L. ARSIMOLES.

El cerebro de los criminales (Le cerveau des criminels); par le D^r Antonio Lecha-Marzo. Broch. 59 pages. Extrait de *Revista de Medicina y Cirugia practicas*, septembre 1908.

Cet important travail est une revue générale très documentée où sont passées en revue avec méthode les diverses anomalies observées sur des cerveaux de criminels. Celles-ci sont classées avec clarté dans plusieurs chapitres : poids de l'encéphale, morphologie des circonvolutions, des scissures et des sillons, anomalies de développement à l'intérieur des hémisphères, altérations histologiques de l'écorce, lésions pathologiques de la boîte crânienne, de l'encéphale et de ses enveloppes. Il nous est malheureusement impossible d'entrer dans le détail des nombreux problèmes anthropologiques examinés. La conclusion qui se dégage de cette étude est qu'il n'existe pas un type de cerveau spécial au criminel, c'est-à-dire un ensemble de dispositions anatomiques qui lui donnent un cachet caractéristique permettant de le distinguer du cerveau d'un homme normal. On observe pourtant chez les criminels des caractères d'infériorité, des anomalies régressives, plus fréquemment que chez les normaux. Mais pour affirmer l'infériorité d'un cerveau, il ne suffit pas d'une anomalie, qui est susceptible de compensation, il faut la réunion d'un grand nombre de caractères régressifs.

La notion des asymétries marque une orientation nouvelle dans l'étude du cerveau des criminels : chez eux, comme chez les normaux, les anomalies progressives, qui représentent un stade plus avancé dans l'évolution, sont plus fréquentes dans l'hémisphère droit; au contraire, les anomalies régressives s'observent de préférence sur l'hémisphère gauche. La présence chez les criminels d'une asymétrie plus accentuée est-elle un indice de supériorité cérébrale? Si, avec Latter, l'on met en parallèle la fréquence des diverses anomalies dans les hémisphères cérébraux des normaux et des criminels, les résultats

obtenus sont contradictoires. On ne peut dire actuellement si le cerveau du délinquant est plus avancé ou plus retardé dans son évolution que celui de l'homme normal. La comparaison devient possible au contraire par l'examen successif des caractères ataviques et progressifs dans un hémisphère, puis dans l'autre. L'évolution de l'hémisphère droit est plus avancée chez les criminels que chez les normaux; inversement, l'hémisphère gauche des délinquants présente plus de caractères ataviques que celui des normaux; il y a essai de compensation des dispositions ataviques gauches (cruauté, impulsivité, etc.) par les dispositions évolutives droites (néophilie, sens esthétique, etc.). Cette thèse séduisante, défendue par l'auteur de ce travail, se fonde : 1° sur l'asymétrie anatomique normale des deux hémisphères, qui, d'après des recherches récentes, attribue au côté droit les fonctions intellectuelles les plus élevées, et place dans le côté gauche les centres d'association élémentaires, psychiquement inférieurs, et des centres de projection plus développés; 2° sur la concordance fréquente des caractères psychiques avec les caractères physiques et anatomiques.

Des observations personnelles (dont l'une contient une description détaillée de la fossette vermiennienne ou fossette de Lombroso) terminent ce travail, dont la lecture nous a fait regretter parfois l'absence de figures schématiques accompagnant des descriptions anatomiques dont la terminologie diffère beaucoup de celle adoptée en France.

L. ARSIMOLES.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MAX FISCHER. Jahresbericht der grossherzoglich badischen Heil und Pflege Anstalt bei Wiesloch für das Jahr 1908, 60 pages in-8°, avec planches. Carlsruhe, 1909.

SAMUEL GARNIER. L'état mental d'un délinquant inculpé de vol et d'outrage public à la pudeur. Contribution nouvelle à la simulation de la folie, 31 pages in-8°. Dijon, imprimerie Eugène Jacquot, 1909.

GIACINTO FORNACA. Contributo clinico allo studio dei rapporti fra disturbi psichici e diabete, 15 pages in-8°. Extrait de la *Rivista veneta di scienze mediche*, août 1909.

L. ARSIMOLES. Impulsions obsédantes d'origine hallucinatoire, 9 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, août 1909.

ARSIMOLES et HALBERSTADT. Des troubles hépatiques dans les psychopolynévrites. *Presse médicale*, numéro du mercredi 18 août 1909.

M. BACCELLI. Tic aërofagico e demenza precoce, 8 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia*. Vol. II, fasc. 7.

PAUL BLUM. L'hystéricisme-diathèse, 4 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus de l'Association pour l'avancement des sciences*. Congrès de Clermont-Ferrand, 1908.

ALAN HEDLICKA. Physiological and medical observations among the Indians of Southwest-Ern United States and Northern Mexico, 1 vol. in-8° de 660 pages, avec planches. Washington, Government printing Office, 1908.

Compte général de l'Administration de la justice criminelle pendant l'année 1906, présenté au Président de la République par le garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Cultes, 174 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1908.

Pennsylvania hospital. Annual report of the department for the insane, for the year ending fourth month twenty-second nineteen hundred and nine, 36 pages in-8°, avec planches. Philadelphia, Penna, 1909.

The eighty-second annual report of James Murray's royal Asylum, Perth, 50 pages in-8°, 1909.

LUCIEN LAGRIFFE. Le délire d'interprétation, 20 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1909.

ANDREA CRISTIANI. Criminalità isterica, 9 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia*. Vol. II, fasc. 8.

Thirty-first biennial report of the trustees, superintendant and treasurer of the Illinois central hospital for the insane at Jacksonville, 63 pages in-8°. Springfield, 1909.

DUBUISSON. Rapport sur l'asile public d'aliénés de la Haute-Garonne en 1908, 29 pages in-8°. Toulouse, imprimerie Douladouce-Privat, s. d.

GIACINTO FORNACA. La psicosi consecutive alla commozione cerebrali. Studio clinico e contributo anatomo-patologico, 31 p. in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1909.

P.-L. LADAME. La question de la « Moral Insanity » en Allemagne. Les psychoses pénitentiaires, 31 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, octobre-novembre 1909.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'octobre 1909 : M. le D^r PRIVAT DE FORTUNIÉ, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin-adjoint de la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher);

— M. le D^r CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 francs).

— *Arrêtés de novembre 1909* : Des médailles d'argent pour services rendus à l'Assistance publique sont décernées à MM. les D^{rs} CHARON, directeur-médecin de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme), et RITTI, médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton.

— *Arrêté de décembre 1909* : M. le D^r PIETTRE, ancien sénateur et ancien président du Conseil général de la Seine, est nommé directeur administratif de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. SIGISMOND-LACROIX, décédé.

— *Faculté de médecine de Montpellier* : M. le D^r MAIRET, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses, est nommé doyen de la Faculté de médecine pour une période de trois ans.

— *Hospice de Bicêtre* : M. le D^r PAUL GAMUS, interne des hôpitaux, est nommé, après concours, médecin-adjoint des services d'aliénés de l'hospice de Bicêtre.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le mardi 14 décembre 1910, sous la présidence de M. Léon Labbé, président.

Parmi les nombreuses récompenses distribuées, nous relevons les suivantes, décernées à des travaux de pathologie mentale et nerveuse :

PRIX BARBIER. — 2.000 francs. — Quatorze mémoires ont été présentés.

Des mentions honorables sont accordées à :

MM. les D^{rs} A. RODIET, médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron, E. LALLEMANT, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon et J.-Ch. ROUX, assistant de consultation spéciale à l'hôpital Saint-Antoine, Paris : *Du régime végétarien chez les épileptiques* ;

M. le D^r PIERRE KOUINDJY, de Paris : *Le traitement des crampes professionnelles par le massage méthodique et la rééducation*.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *De l'anorexie hystérique*.

Un mémoire a été présenté. L'Académie décerne le prix à M. J. TINEL, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Six mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à MM. les D^{rs} P. LEJONNE et LHERMITTE, de Paris : *La myopathie des vieillards*.

Une mention très honorable est accordée à M. le D^r PAUL CAMUS, de Paris : *Etude de neuropathologie sur les radiculites*.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Un mémoire a été présenté.

Le prix est décerné à MM. les D^{rs} R. BENON, interne de la clinique des maladies mentales, médecin-adjoint des asiles publics, et G. FROISSART, interne de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de police, Paris : *Etude clinique et médico-légale des fugues en pathologie mentale*.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1910, 1911 et 1912. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1908, p. 166, et de janvier 1909, p. 159); voici celles proposées pour 1912 :

PRIX BAILLARGEB. — *Anonymat facultatif*. — *Partage interdit*. — 2.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels change-

ments dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX CHARLES BOULLARD. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 1.200 francs. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — *Anonymat obligatoire.* — *Partage interdit.* — 800 francs. — Question : *Des différentes variétés de sciatique.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HENRI LORQUET. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

NOTA. — Les concours de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin; ceux qui sont anonymes devront porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant les nom et adresse de l'auteur.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours différents de l'Académie de médecine.

A L'ASILE DE LA GRIMAUDIÈRES. HOMMAGE AU D^r CULLERRE.

Sous ce titre, la *Démocratie Vendéenne* raconte dans son numéro de jeudi 30 décembre 1909 la touchante cérémonie qui a eu lieu à l'asile de La Roche-sur-Yon. Nous nous associons de tout cœur à cette manifestation de sympathie en faveur de notre excellent collaborateur et ami le D^r Cullerre qui quitte le service des aliénés après plus de trente-six ans de services loyaux et dévoués.

« Le 23 décembre, écrit la *Démocratie Vendéenne*, le personnel de l'asile de La Roche-sur-Yon, réuni dans le cabinet de son honoré directeur, lui remettait un objet d'art à l'occasion de son départ de la Grimaudière.

« M. Ladurelle, receveur économe, se faisant l'interprète de tout le personnel, s'est exprimé ainsi :

« Monsieur le Directeur,

« Je dois à mes fonctions le privilège et l'honneur de vous offrir, au nom du personnel de l'Asile, ce modeste souvenir :

« Par votre bonté et votre esprit de justice, vous avez obtenu de tous, mieux qu'une collaboration indifférente, vous avez acquis leur affection.

« Ce personnel, qui a su apprécier votre direction sûre et paternelle, a été sensible aux améliorations que vous avez réclamées et obtenues pour lui ; ce personnel a voulu vous donner, avant votre départ, une preuve de sa reconnaissance et de son respectueux attachement ; ses vœux les plus sincères vous accompagnent dans votre retraite.

« M. le Dr Cullerre a été très touché de cette manifestation spontanée à laquelle tous avaient tenu à participer.

« Ce n'est pas sans émotion, a-t-il dit, que l'on quitte un Asile où l'on a vécu plus de trente ans. A mon émotion, se joint le regret de me séparer de collaborateurs qui viennent de me donner une preuve de plus de l'affection et du dévouement que j'avais toujours su apprécier chez eux. »

« Nous n'ajouterons qu'un mot : une semblable manifestation de sympathie honore autant ceux qui la font que ceux-là mêmes qui en sont l'objet. »

L'AUTOPSIE DU PROFESSEUR G. LOMBROSO.

Nous empruntons à la savante revue : *La Scuola positiva nella dottrina e nella giurisprudenza*, l'article suivant qu'elle publie dans son numéro d'octobre 1909, et que notre distingué collaborateur, M. le Dr L. Lagriffe, a bien voulu traduire pour les *Annales* :

« A titre de document scientifique nous reproduisons d'après la *Revue pathologique* de Milan le protocole de l'autopsie du Maître rédigé par le sénateur Pio Foà :

« On sait que, suivant la volonté expresse du défunt, l'autopsie a été pratiquée. Elle a été faite par le professeur Tovo, en présence des professeurs Foà, Carrara et Morpugo. En voici, sommairement, le résultat :

« Pachyméningite fibreuse adhésive totale.

« Cerveau pesant environ 1.300 grammes, ce qui, étant donné l'âge de soixante-quinze ans, et la taille de 1 m. 55,

correspond presque à la moyenne, qui, suivant Marchand, est dans de telles conditions de 1.314 grammes.

« Les artères cérébrales, jusqu'à leurs dernières ramifications, étaient normales, minces, transparentes, élastiques. Il y avait peu de liquide dans les ventricules latéraux; l'aspect extérieur des circonvolutions et des ganglions de la base était normal. Il semble de prime abord que le cerveau ait été plutôt riche en plis de passage; mais l'étude attentive des circonvolutions sera faite plus tard après fixation dans la formaline.

« La configuration des hémisphères était régulière et symétrique; l'un pesait 590 grammes et l'autre 595 grammes.

« Il n'y avait pas de fossette cérébelleuse moyenne.

« Le lobe thyroïde droit était transformé en un gros kyste rempli d'un liquide diffus, très riche en graisse et en cholestérine; il n'y avait plus trace de tissu thyroïde et présentait à la partie inférieure un kyste à contenu pultacé et jaune. Poumons normaux. Cœur quelque peu volumineux et brun. Athérome évident des artères coronaires avec points de calcification.

« L'artère coronaire antérieure présentait aussi un léger trait de sténose. Dans le myocarde du ventricule gauche divers point fibreux de myocardite interstitielle consécutive à la myomalacie cardiaque. Valvules normales. Profond athérome avec plaques calcaires nombreuses s'étendant de la crosse à l'extrémité abdominale de l'aorte où elle était très intense et ayant envahi aussi les artères iliaques et fémorales, ce pendant que cet athérome avait épargné l'artère mésentérique et les artères rénales. Aussi les reins étaient-ils atrophiés mais lisses, et le foie diminué de volume, lisse et très brun: deux calculs dans la vésicule biliaire. Les muqueuses gastrique et intestinale étaient anémiées et amincies. Le lobe moyen de la prostate était quelque peu saillant et les lobes latéraux légèrement augmentés de volume. Entre l'aorte abdominale et la colonne vertébrale siégeait un petit kyste à contenu semblable à de la bile. Était-il congénital et vestige du corps de Wolff? Était-ce un lobule aberrant et dégénéré de la capsule surrénale? Était-ce un paraganglion ayant subi la dégénérescence kysteuse? Il est impossible d'en déterminer l'origine. Le squelette était très régulier et aucune lésion ne fut trouvée au niveau des os des extrémités. La moelle épinière n'a pas été examinée afin d'éviter toute altération de la colonne vertébrale, le squelette devant être préparé et suivant la volonté du défunt, conservé dans son musée. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

1. *Parricide*. — On télégraphie d'Ajaccio au *Petit Parisien* (numéro du vendredi 6 août 1909) :

Un bûcheron, Jean Nicolaï, âgé de vingt-sept ans, pris soudain d'un accès de folie furieuse, a tué hier soir son père âgé de cinquante-huit ans, en le frappant d'un coup de poignard au cœur. La mort a été foudroyante.

Avant le drame, la mère et la sœur du parricide, effrayées, s'étaient rendues à la gendarmerie pour demander du secours ; mais lorsque les gendarmes arrivèrent sur les lieux, le drame s'était déroulé. Ils ont appréhendé le meurtrier qui a été écroué à la prison de Corte.

2. *Agression violente*. — On lit dans *Le Journal* (n° du samedi 4 septembre 1909) :

Dans un restaurant de la rue de Chalon, un client se levait tout à coup de table, hier, à midi, et, pris d'une folie furieuse, se jetait sur ses voisins, qu'il mordait cruellement.

Le patron, M. Ferrari, qui accourait au secours, fut l'objet des mêmes violences, et il ne fallut pas moins de six personnes pour maîtriser ce fou qui, conduit au commissariat de police de la rue Traversière, bondit sur le garçon de bureau, M. Pêtre, et lui planta ses dents dans la joue gauche.

Il s'agit d'un riche fermier d'Amérique, Guido-Santo, âgé de trente-deux ans, né à Gênes, qui se rendait en Italie.

Bien que ficelé et jeté dans un fiacre, pour être conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt, le malheureux recommença à tel point ses exploits que le public faillit le lyncher et que plusieurs agents cyclistes durent escorter la voiture.

L'enquête ouverte par M. Boutineau, commissaire de police, a établi que Guido-Santo, débarqué la veille à la gare Saint-Lazare, avait, au cours de la traversée, voulu tuer, dans un accès d'aliénation mentale, le capitaine du paquebot transatlantique qui le ramenait d'Amérique en France.

3. *Menaces de mort*. — Comment Stanislas Verbonowitch, ingénieur civil, est-il devenu lutteur forain sous le nom de Brandely ? C'est là un de ces mystères dont on ne doit pas rechercher les causes.

Mais il eut beau faire des poids et tomber l'Hercule du Nord sur toutes les places de la banlieue, les applaudissements d'un public, sans doute enthousiaste, et la gloire des héroïques combats ne purent jamais lui faire oublier son ancienne profession. « L'ingénieur deviendra fou », disait-on dans les foires.

Hélas ! la prophétie s'est réalisée et, hier matin, le malheu-

reux parcourait les pavillons des Halles, un sabre-baïonnette à la main, en déclarant à qui voulait l'entendre qu'il tuerait comme une mouche quiconque lui refuserait le salut !

Nouveau Gessler, il planta son arme dans le sol, la coiffa de son chapeau et... ce fut le moment propice pour s'emparer du fou dangereux, que M. Bureau s'est empressé d'envoyer à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du samedi 4 septembre 1909.)

4. *Tentative de suicide*. — Pris d'un accès de folie furieuse, un cafetier du boulevard Barbès, Luc Sifflet, âgé de quarante-trois ans, s'enferma hier après-midi, vers 5 heures, dans les communs de son établissement. Lorsque le personnel enfonça la porte, le malheureux nageait dans une mare de sang. Il s'était porté trois coups de couteau au bas-ventre, deux aux cuisses, un au bras droit et, finalement, d'un coup terrible, s'était fait une horrible mutilation.

C'est dans un état désespéré et après avoir reçu les soins du Dr Moinson, médecin légiste, qu'il fut admis d'urgence à l'hôpital Lariboisière, salle Chassagnac. (*Le Journal*, numéro du lundi 6 septembre 1909.)

5. *Suicide*. — On lit dans *Le Journal* (numéro du lundi 6 septembre 1909) :

Une artiste dramatique, M^{lle} Suzanne Chartier, bien connue des vieux Parisiens, s'est donné la mort, hier soir, dans des circonstances dramatiques.

Depuis qu'elle s'était retirée du théâtre, M^{lle} Suzanne Chartier vivait à Asnières, dans un coquet appartement situé, 1, rue Traversière, au quatrième étage.

Le caractère de la charmante artiste s'était modifié depuis quelque temps, et ce n'est pas sans inquiétude que son entourage constatait chez elle combien la neurasthénie faisait chaque jour de grands progrès.

Au cours d'une nouvelle crise, plus aiguë que les précédentes, M^{lle} Suzanne Chartier ouvrit, la nuit dernière, la fenêtre de son logement et se précipita dans le vide.

On ne releva qu'un cadavre horriblement mutilé.

La désespérée, âgée de soixante ans, avait appartenu, non sans succès, à la troupe de l'Odéon. Elle fut également très appréciée à la Comédie-Française. A l'étranger, et notamment au théâtre Michel, à Saint-Petersbourg, on applaudit son talent délicat.

M^{lle} Suzanne Chartier emportera les regrets unanimes du public, qui l'aima, et de ses vieux camarades de scène.

6. *Tentative d'infanticide*. — La femme Hollicher a, le 2 septembre dernier, jeté sa fille Cécile par la fenêtre de son appartement, 108, boulevard Ménilmontant. Le Dr Vallon a

examiné la meurtrière et a conclu qu'elle était folle; elle sera internée. La fillette va mieux, elle est sortie de l'hôpital Trousseau. (*Le Journal*, numéro du dimanche 12 septembre 1909).

7. *Excentricités et menaces de mort.* — On télégraphie de Grenoble au *Journal* (numéro du dimanche 12 septembre 1909.)

Un train de voyageurs a été arrêté par un fou, hier, sur la ligne de Culoz à Chambéry. Le train arrivait à toute allure, près de la gare de Chindrieux, quand le mécanicien aperçut, au milieu de la voie, un individu brandissant un revolver et gesticulant violemment. Il bloqua ses freins et écarta le singulier personnage. Puis il remit son train en marche.

Comme il avançait assez lentement, l'individu ouvrit une portière et bondit dans un compartiment où ne se trouvaient, par hasard, que des religieuses. Celles-ci, effrayées, firent fonctionner la sonnette d'alarme et le train stoppa une seconde fois.

Les employés du train voulurent s'emparer alors de l'individu; mais celui-ci, qui brandissait toujours son revolver, les en menaça et parvint à prendre la fuite à travers champs.

Le train reprit sa route, avec près d'une heure de retard.

Les gendarmes se mirent à sa recherche. Il ne s'était pas éloigné de la voie. Peu après, il arrivait en gare d'Aix-les-Bains, monté sur un train de marchandises. Il sauta du wagon, près de l'avenue du Petit-Port, et, son revolver à la main, il traversa plusieurs rues, poursuivi par une foule considérable sur laquelle il fit feu.

En arrivant place du Commerce, il put être enfin arrêté et l'on trouva sur lui des papiers d'identité au nom du comte de Budé, habitant Genève, un poignard et de nombreuses balles de revolver.

La police de Genève a été prévenue de cette arrestation.

8. *Tentatives de suicide.* — Un drame de la folie s'est déroulé, hier après-midi, rue Notre-Dame-de-Nazareth, 22.

A cette adresse habitaient depuis un an les époux Lorain. Le mari, âgé de trente-cinq ans, occupait une situation assez lucrative; mais, neurasthénique, il avait déjà tenté, à diverses reprises, de se suicider.

Il avait réussi, hier, en l'absence de sa femme, à s'introduire dans la bouche le tuyau à gaz de la cuisine, lorsque M^{me} Lorain le surprit à son tour dans cette situation, à demi asphyxié: il voulut alors se jeter par la fenêtre... Sa crise de folie attira les voisins et les gardiens de la paix: un peu plus tard, le pauvre aliéné était transféré à l'infirmerie spécial du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du lundi 4 octobre 1909).

9. *Tentative de suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du vendredi 15 octobre 1909):

Depuis l'Hôtel de Ville de nombreux curieux suivaient hier après-midi une jeune femme qui se livrait à toutes sortes d'excentricités. A chaque instant on l'entendait répéter :

— Pauvre Ferrer ! N'est-il point malheureux de voir de pareilles choses à notre époque ?

Arrivée au pont Neuf, elle enjamba le parapet.

— Ah ! puis non, s'écria-t-elle, il est préférable que j'en finisse tout de suite avec la vie !

Et elle tenta de se jeter dans la Seine. Un passant l'empêcha, non sans peine.

On la conduisit au commissariat du quartier Saint-Germain-l'Auxerrois. Dans son réticule se trouvait une lettre destinée au roi d'Espagne. Cette ligne était ainsi conçue :

« Monsieur le roi, »

« Vous avez laissé tuer Ferrer, vous mourrez à votre tour. »

« Attendez-vous, l'un de ces jours, à recevoir une bombe. »

Une anarchiste.

La malheureuse a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt. Elle a déclaré se nommer Louise C., domestique, âgée de vingt-sept ans.

10. *Agression violente.* — Les yeux hagards, les cheveux en désordre, une femme déambulait, hier matin, d'un pas rapide, dans la rue Notre-Dame-des-Champs. Ses gestes saccadés laissaient deviner sa surexcitation.

Tout à coup, elle s'arrêta devant un prêtre qui la croisait et lui envoya à toute volée une paire de gifles, en criant à pleins poumons :

— Je n'aime pas le noir ! Vive Ferrer !

Arrêtée séance tenante, la trop brutale manifestante fut conduite devant M. D'Homme, commissaire de police du quartier Notre-Dame-des-Champs, qui acquit bientôt la certitude qu'il se trouvait en présence d'une malheureuse folle. C'est une employée de commerce, Georgette Beasley, âgée de cinquante-six ans, domiciliée 52, rue du Cherche-Midi. Elle a été dirigée sur l'infirmerie du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du vendredi 15 octobre 1909.)

11. *Excentricités.* — Sorti de l'asile de Villejuif depuis un mois, M. Auguste Hinout, dix-sept ans, déambulait hier matin, sous la pluie battante, au Jardin des Plantes.

Tout à coup, dans un accès de démence, le malheureux se dépouilla complètement de ses vêtements et, courant sous la pluie, réussit à s'introduire dans la cage d'une hyène.

Très étonné, médusé presque par cette arrivée soudaine, le fauve se laissa caresser sans trop montrer les dents et bientôt même, apprivoisé, il se coucha, complètement soumis aux pieds de l'intrus.

On comprend facilement l'ahurissement du gardien.

Il fallut employer la force pour faire sortir le malheureux dément.

M. Goulhier, commissaire de police du quartier du Jardin-des-Plantes, a envoyé l'infortuné à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du vendredi 29 octobre 1909.)

12. *Tentative de viol.* — Tandis qu'une fillette de quinze ans dont les parents sont domiciliés rue du Moutiers, à Sucy-en-Brie, était seule à la maison, un propriétaire, M. H..., pénétra dans l'immeuble et chercha à abuser de l'enfant. Aux cris poussés par la victime, une voisine accourut et mit en fuite l'odieux personnage.

De l'enquête faite par la gendarmerie de Boissy-Saint-Léger, il résulte que l'auteur de cet abominable attentat donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. L'autorité administrative l'a fait interner dans un asile d'aliénés. (*Le Journal*, numéro du vendredi 29 octobre 1909.)

13. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du lundi 1^{er} novembre 1909) :

Souffrant depuis longtemps de crises épileptiques, M^{me} Angèle Arnoux, cinquante-sept ans, demeurant, 20, place Dauphine, décida avant hier d'en finir avec la vie. Pour ne pas mourir seule, elle alla chercher à l'hôpital de la Salpêtrière, où elle est en traitement comme épileptique également, sa fille Germaine, âgée de vingt-quatre ans. Le mari manifesta quelque étonnement en apprenant que sa fille allait passer la nuit à la maison ; mais sa femme lui fournit une explication assez plausible :

— Je suis allée chercher Germaine pour lui acheter des vêtements, déclara-t-elle ; il est trop tard maintenant pour la reconduire à la Salpêtrière ; je la garde.

Quand M. Arnoux fut endormi, la désespérée présenta à sa fille une tasse emplies de laudanum :

— Prends, ma chérie, lui dit-elle ; cela t'évitera sûrement une crise.

La pauvre inconsciente but la moitié de la tasse. M^{me} Arnoux avala le reste. Puis toutes deux se couchèrent.

Quand hier matin M. Arnoux se réveilla, il constata que sa femme était morte. Sa fille, qui était dans un état très grave, dut être transportée à l'Hôtel-Dieu.

14. *Agression violente.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du lundi 8 novembre 1909) :

— Prête-moi cent francs.

— Mais pardon, monsieur, je ne vous connais pas...

— Raison de plus, mon ami. Apprends pour ta gouverne qu'on ne prête pas d'argent aux gens que l'on connaît.

Ce singulier dialogue s'échangeait hier après-midi, à la terrasse d'une brasserie de la place du Châtelet, entre un garçon de l'établissement et un passant âgé d'une quarantaine d'années, de mise fort élégante et de verbe impérieux, qui, sans plus de préparation et tout à trac, venait d'intimer l'ordre au « verseur » ébahi d'avoir à lui rendre incontinent cet amical service. Comme à la seconde sommation le garçon battait en retraite devant le « tapeur » indiscret, celui-ci, comme un forcené, se rua sur lui et d'un robuste coup de poing en plein visage l'envoya rouler, le nez saignant, dans la poussière.

Appréhendé presque aussitôt par deux agents et conduit au poste du Palais de Justice, il déclara se nommer André Ylau, rentier, trente-sept ans, rue de Châlons. Il fut trouvé en possession d'une somme de 400 francs.

Interrogé sur les mobiles de son acte, il prétendit avoir reçu de la Providence la haute mission d'expérimenter, chemin faisant, le bon cœur de ses semblables. C'est dans ce but qu'il lançait à tout venant sa proposition d'emprunt. Il avoua avec tristesse n'avoir rencontré sur sa route que bien peu d'âmes véritablement généreuses. « L'humanité est à fouler aux pieds », conclut-il. Et joignant le geste à la parole, il défit prestement ses bottines et les lança à toute volée à la figure des gardes républicains qui l'entouraient. On eut toutes les peines du monde à contenir l'irascible apôtre, qui fut dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

15. *Menaces de mort.* — Un homme d'une quarantaine d'années dont les parents habitent le IV^e arrondissement, M. Albert Robaut, avait été l'année dernière, soigné pour anémie cérébrale par un docteur du III^e arrondissement, et peu après, à la requête de la famille du reste, sur un certificat de ce dernier, enfermé dans un asile. Son état s'étant sensiblement amélioré, le pauvre dément fut, ces jours derniers, remis en liberté. Mais dès qu'il fut rentré chez lui, il reprocha à son médecin d'avoir été la cause de son internement et jura de se venger.

Effectivement, hier après-midi, il se rendit au cabinet de ce dernier et y pénétra en brandissant un long coutelas.

La bonne, accourue, appela des agents, qui, prévenus à tout hasard, se tenaient en observation dans la rue, et peu après le fou, qui venait d'être repris d'une crise terrible, était maîtrisé, puis dirigé sur l'Infirmerie spéciale. (*Le Journal*, numéro du jeudi 18 novembre 1909.)

FAITS DIVERS.

Un drame à l'asile Sainte-Anne. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 7 novembre 1909) :

« Une horrible scène de folie s'est déroulée hier, à l'asile Sainte-Anne. Deux fous, l'un aveugle et en apparence très calme, l'autre très agité et auquel on avait dû passer la camisole de force, étaient enfermés dans la même chambre, au premier étage, dans le service du docteur Vallon.

Profitant de l'absence des infirmiers, l'aveugle gagna hier vers six heures et demie du soir le lit où était immobilisé son compagnon de chambre, et avec les ongles, lui arracha les yeux des orbites. L'infortuné poussa des cris épouvantables. Les gardiens accoururent. D'un côté le fou aveugle jouait avec les yeux de son compagnon ; ce dernier gisait ensanglanté dans son lit en poussant des gémissements douloureux.

L'interne de service, aussitôt prévenu, donna des soins au blessé et comme on demandait des explications à son agresseur, il fit cette réponse macabre : « Eh bien, puisque je n'y vois pas, j'ai pris ses yeux... Je lui rendrai les miens. »

Le directeur de l'asile Sainte-Anne, à qui nous avons demandé des explications sur les circonstances dans lesquelles ce drame atroce s'est produit, nous a dit :

« C'est la première fois que nous avons à enregistrer un fait pareil. Nous avons ici près de 1.100 malades. Il est bien certain que nous ne pouvons les faire surveiller par un nombre égal d'infirmiers. D'autre part, un surveillant peut toujours être brusquement appelé dans une salle voisine. Si un aliéné se livre à quelque acte de violence pendant son absence, il est difficile de l'en empêcher. Quoi qu'il en soit, je procède à une enquête approfondie sur cette douloureuse affaire.

« J'adresserai prochainement mon rapport à M. de Selves, préfet de la Seine, qui déterminera les responsabilités. »

L'état du blessé s'est amélioré. Ses plaies se sont refermées. Mais il sera aveugle pour le restant de ses jours. »

Dans son numéro de mercredi 24 novembre 1909, le *Petit Temps* annonçait que « le juge d'instruction Berr a été chargé d'informer sur cette affaire au point de vue de la responsabilité qui pourrait être encourue par le personnel de l'établissement ».

Une séance macabre d'hypnotisme. — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 11 novembre 1909) :

« Un « professeur d'hypnotisme » ambulancier, Arthur Everston, a été arrêté et va être poursuivi pour meurtre devant les tribunaux de New-York dans des circonstances curieuses.

Dans une séance publique à Somerville (New-Jersey), il endormait avant-hier, du sommeil hypnotique, un nommé Simpson, individu anémique, plaçait le sujet la tête sur une chaise, les pieds sur une autre, puis sautait et dansait sur le corps, pour démontrer la rigidité et l'insensibilité créées par l'état d'hypnose. Mais quand il voulut réveiller l'homme, celui-ci roula à terre comme une masse.

« Ce fut parmi les spectateurs un éclat de rire, qui cessa bientôt lorsqu'un médecin présent déclara que Simpson était mort. Pendant des heures l'hypnotiseur, affirmant que son sujet était en catalepsie, fit des efforts inouïs avec plusieurs médecins pour ramener l'homme à la vie. Ce fut en vain. Everston a été arrêté, l'autopsie va être faite, et l'hypnotiseur a adopté un système de défense d'après lequel ce sont les médecins qui pratiqueront l'autopsie qui seront les vrais meurtriers de Simpson. »

Le *Petit Temps* du samedi 13 novembre 1909 donne sur ce fait étrange les renseignements complémentaires suivants :

« Des scènes fantasmagoriques se sont déroulées à la morgue de Somerville (New-Jersey), où avait été transporté le corps du nommé Simpson, mort au cours d'une séance d'hypnotisme dans les circonstances que nous avons racontées hier.

« Le « professeur » Everton, auteur de cette mort, démontrant avec des gestes frénétiques que son sujet n'était qu'en catalepsie, a réussi à faire ajourner l'autopsie par les médecins. Puis il a recommencé à la morgue une nouvelle scène d'hypnotisme pour réveiller Simpson. Penché sur le cadavre et se démenant comme un fou, il criait : « Votre cœur bat, Bob, levez-vous ! »

« Il continua ainsi pendant des heures jusqu'à ce qu'épuisé il cédât la place à d'autres hypnotistes qui prolongèrent encore cette comédie macabre.

« M^{me} Everton elle-même s'en mêla en murmurant à l'oreille de Simpson : « Bob, votre maître est dans la peine. Levez-vous ! »

« Mais ces appels suprêmes, répétés par les professeurs avec une voix de stentor, laissèrent Bob insensible.

« Enfin les médecins se décidèrent à faire l'autopsie et constatèrent une rupture de l'aorte. Everton persiste à dire que celle-ci n'est pas due à ses pratiques hypnotiques, mais au scalpel des médecins. »

Un aliéné séquestré dans sa famille. — On télégraphie de Bagnères-de-Bigorre au *Journal* (numéro du mardi 7 décembre 1909) :

Une dénonciation anonyme a amené le Parquet dans une commune des environs de Bagnères, appelée Bourg.

Un cultivateur de ce village, Jean-Pierre Fourcade, et sa mère, sont accusés d'avoir séquestré leur frère et fils cadet, Jean-Marie Fourcade, âgé de trente-huit ans.

Lorsque les membres du Parquet arrivèrent, ils trouvèrent, couché dans un réduit obscur, Jean-Marie Fourcade, les membres ankylosés, sur un lit à la fois trop étroit et trop court. Le malheureux était absolument idiot, et il ne put répondre aux questions qui lui furent posées.

La mère et le frère aîné, aux demandes des magistrats, assurèrent que, si Jean-Marie était dans cette chambre, c'est qu'on attendait la possibilité de le mieux installer, après les réparations que l'on faisait à la ferme. Ils expliquèrent que le pauvre jeune homme, ayant trop ardemment étudié son examen pour les douanes et trop vivement pris à cœur son échec, subit des perturbations dans son état mental.

Dans le village, on raconte que Jean-Marie, sur le point de se marier, en aurait été empêché par sa famille, pour cause d'intérêts, et qu'il a perdu l'esprit à la suite de cet amour contrarié.

Quoi qu'il en soit, le Parquet, trouvant insuffisantes ces explications, a arrêté Jean-Pierre Fourcade, malgré ses protestations.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.



L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

LES TROUBLES MENTAUX DANS LE TABES

Par le Dr V. TRUELLE

Suite et fin (1).

OBS. I. — Paralyse générale et tabes. Démence paralytique sans caractères particuliers.

V... (Armandine), âgée de cinquante-cinq ans, internée le 5 août 1907, sous le diagnostic paralyse générale (conscience incomplète de sa situation, quelques idées de satisfaction, préoccupations hypocondriaques, hésitation de la parole, pupilles resserrées et inégales). Dès cette époque, on note le signe d'Argyll Robertson, l'absence des réflexes rotuliens, le

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1910.

signe de Romberg, et des élancements dans les membres inférieurs.

Ainsi est confirmée au commencement d'août 1907 l'association du tabes et de la paralysie générale.

L'anamnèse ne peut établir laquelle de ces deux affections a débuté. Elles semblent avoir suivi une évolution parallèle.

La malade est fille d'une mère morte alcoolique; elle-même a commis des excès de boisson. La syphilis n'est pas démontrée, mais les recherches n'ont pu être poussées bien loin de ce côté. Un fils, âgé actuellement de trente-cinq ans; pas de fausses couches. Elle a souffert jadis de rhumatisme articulaire aigu.

D'un caractère de tout temps exalté et excitable, elle aurait commencé à présenter certaines bizarreries dans sa conduite vers 1901. Les troubles de la parole ont été observés au début de 1906. Vers la même époque, la malade a eu des hallucinations visuelles nocturnes, puis elle a commis une série d'extravagances (faisait son ménage à minuit, préparait des repas pour dix personnes quand ses patrons étaient absents, se promenait dans la journée avec des lumières, etc.). Dans le même temps, elle fut prise de douleurs violentes, dans le dos, les mains, les pieds, et d'une certaine gêne de la marche mise sur le compte de ces douleurs. Entrée à la Charité, sa turbulence et son inconscience la font bientôt admettre à Sainte-Anne.

ETAT ACTUEL. — 1° *Symptômes paralytiques*. — Paralysie générale au début de la période terminale. Mémoire très troublée, attention nulle, jugement profondément faussé, apathie et indifférence habituelles, désintéressement complet vis-à-vis de l'entourage; d'une bienveillance passive envers le personnel et ses compagnes; elle est inconsciente de son état; elle ne réclame même pas sa sortie; pas d'idées délirantes. Turbulence diurne et nocturne fréquentes, dont un instant après elle a perdu le souvenir.

Hésitation et accrocès très marqués de la parole, tremblements de la langue et des lèvres, myosis avec légère anisocorie, cercle irien irrégulier.

La malade est alitée depuis novembre 1908, tant en raison de ses accès d'agitation incohérente que de ses troubles de la marche. Ordinairement propre, elle se salit et gâte parfois au cours de ses périodes de turbulence. Elle n'est plus capable de satisfaire à ses menus soins de propreté, et elle ne s'en préoccupe pas. Depuis quelques semaines elle s'affaiblit davantage.

2° *Symptômes tabétiques.* — Certains de ces symptômes étant communs à l'ataxie et à la paralysie générale ou d'une recherche et d'une interprétation rendues difficiles par la démence, nous n'avons pu nous livrer qu'à un examen grossier.

La malade accuse bien encore certaines douleurs dans les membres, mais qui sont légères, sans caractère, et elle n'en parle pas spontanément. La sensibilité douloureuse est diminuée, la sensibilité au tact est retardée, et toutes deux sont mal localisées; la sensibilité profonde est elle aussi diminuée. Les réflexes plantaires sont diminués; les réflexes achilléens et rotuliens abolis; de même le réflexe lumineux; le réflexe d'accommodation est conservé, mais ralenti et restreint. Le signe de Romberg est extrêmement prononcé, la marche très difficile; il y a en même temps ataxie, instabilité et incoordination. Aux membres supérieurs, les troubles ataxiques sont peu marqués et ne dépassent pas ceux qu'on observe habituellement dans la paralysie générale vulgaire. Il n'y a pas de troubles dans la reconnaissance de la position des membres ou des segments de membres. L'hypotonie est très marquée.

En somme, chez cette malade, l'état mental caractérisé par une démence globale et progressive et par des accès incohérents d'agitation motrice ne présente rien qui le différencie de la paralysie générale vulgaire. Les épisodes hallucinatoires du début peuvent être mis vraisemblablement sur le compte des excès alcooliques.

OBS. II. — Amaurose tabétique tardive. Très léger affaiblissement intellectuel; alternances d'euphorie et de mauvaise humeur.

G..., veuve D..., âgée de soixante-douze ans, couturière, internée le 15 novembre 1908, sous le diagnostic : « Démence sénile avec hallucinations visuelles, subanxiété et turbulence nocturnes ». A cette date, sont également notés l'abolition des réflexes rotuliens, une cécité double et de la faiblesse musculaire. Mariée à vingt et un ans, la malade a eu trois enfants, dont l'aîné a actuellement quarante-sept ans et le plus jeune trente-cinq ans; pas de fausses couches. Elle n'aurait eu jadis d'autres malaises que des céphalées périodiques, coïncidant avec ses

règles, et ayant disparu avec celles-ci. Jamais de traitement spécial.

Devenue veuve il y a douze ou quinze ans, elle vient à Paris se placer comme cuisinière d'abord, puis comme couturière. Vers 1907, elle eut de vagues douleurs, des « engourdissements » dans les jambes qui étaient enflées. On mit ces troubles sur le compte de son immobilité habituelle : elle restait assise des journées entières, occupée à coudre. A ce moment, il n'y avait pas de phénomènes d'incoordination : la malade montait et descendait ses six étages sans hésiter, dans l'obscurité. Peu à peu, tout rentra dans l'ordre.

Le 1^{er} juillet 1908, dans la rue, revenant de faire ses provisions, « ça l'a prise tout d'un coup, comme un cyclone », dit-elle. Elle a senti « comme un coup de vent dans l'oreille gauche », et brusquement, de ce côté, elle a perdu la vue. Cette cécité unilatérale devait être définitive. Auparavant, la malade n'avait présenté aucun trouble visuel particulier, aucun éblouissement, aucun vertige ; elle continuait à coudre du matin au soir, utilisant simplement des lunettes banales de presbyte. Quelques jours après, la même chose se produisit dans l'œil droit, mais de ce côté, la vision fut recouvrée presque aussitôt. Seulement, après cette sorte d'ictus, la vue, du côté droit, baissa peu à peu, insensiblement : « on ne s'en aperçoit pas », dit-elle. A son arrivée à l'asile de Moisselles (décembre 1908), la malade pouvait encore se diriger seule ; au début de février 1909, elle distinguait approximativement les couleurs et suffisamment les objets quelque peu volumineux. Fin avril, la vision était complètement perdue : la fenêtre, une bougie allumée n'étaient même pas perçues.

Depuis le début de sa cécité, la malade accuse de petites douleurs passagères dans la tête et dans les membres. Les hallucinations visuelles et la turbulence nocturne notées dans les premiers certificats ont été transitoires, puisque depuis décembre 1908 elles ont disparu.

ETAT ACTUEL. — 1^o *Symptômes tabétiques*. — Cécité double complète, par atrophie blanche des deux papilles (examen ophtalmoscopique du 28 avril 1909) ; léger ptosis et léger strabisme divergent, à gauche ; pupilles dilatées, surtout la droite ; la gauche est irrégulière et ovale à grand axe vertical ; les réflexes oculaires sont absents. Il n'y a pas d'anesthésie cornéenne. Les réflexes achilléen et rotulien à gauche sont abolis : à droite, l'achilléen est à peine indiqué ; de ce même côté, la

percussion du tendon rotulien produit une sorte de réflexe défensif léger et paradoxal, consistant en une flexion de la jambe et de la cuisse. Les réflexes plantaires défensifs sont exagérés; il y a flexion des orteils.

La malade accuse spontanément des douleurs pongitives modérées et passagères, mais fréquentes, dans la face, l'occiput, les extrémités, surtout les inférieures; ces douleurs sont volontiers provoquées par le froid, et elles disparaissent ordinairement quand elle se tient chaudement. Objectivement, on ne constate qu'une légère paresthésie: la piqûre est souvent prise pour un attouchement, ceci principalement à la face et aux membres supérieurs, mais aussi, bien qu'à un degré moindre, aux inférieurs. Pas de troubles de la sensibilité thermique, ni de la sensibilité profonde. Les contacts et les piqûres sont suffisamment localisés; les notions de forme et de poids conservées, de même la notion de position des membres et segments de membres.

L'ataxie des extrémités supérieures est légère, mais cependant appréciable; le signe de Romberg, très manifeste, bien qu'aggravé par une crainte excessive de tomber. La marche est presque impossible (la malade est confinée au lit depuis le mois de décembre dernier), mais plus par suite d'une frayeur évidente et d'un manque de sécurité que par le fait d'une ataxie véritable, laquelle n'est pas très marquée.

Il y a une hypotonie modérée et de la faiblesse musculaire généralisée (12 et 15 au dynamomètre), mais pas de paralysie. On ne trouve pas d'autres symptômes viscéraux qu'une polakiurie modérée et depuis peu des crises diarrhéiques.

Une ponction lombaire pratiquée le 25 mai 1909 donna un liquide clair, non hypertendu, nettement albumineux (sérine), et renfermant une proportion considérable de lymphocytes.

2° *Troubles mentaux.* — L'affaiblissement intellectuel est indéniable, mais léger; la grosse lacune, c'est la mémoire précise des dates. Les faits eux-mêmes sont bien conservés et la malade a un souvenir net des événements qui ont précédé et suivi sa maladie. Elle n'a véritablement rien, jusqu'à présent du moins, de l'état mental d'une paralytique générale, et elle n'en a pas non plus les symptômes moteurs.

Mais elle offre très nettement ces anomalies de l'humeur et du caractère mentionnées précédemment. Bien qu'elle ait conscience de la marche progressive de sa cécité, elle ne s'en affecte pas. A part les petites douleurs passagères signalées plus

haut, elle ne souffre pas : c'est pour elle la chose principale ; elle est convaincue que sa cécité est momentanée : « cela passera comme c'est venu » ; elle se contente de réclamer des lotions d'eau de roses qui ne manqueront pas de la guérir. Ordinairement elle est bienveillante et passive ; elle se tient dans son lit, tranquille, inactive, s'intéressant peu à ce qui se dit autour d'elle, attendant patiemment sa guérison sur laquelle elle compte. Parfois, cependant, elle se plaint sans mesure avec un certain enfantillage de la façon dont elle est nourrie. Ces mouvements de mauvaise humeur sont aussi passagers que rares. Ces derniers temps, les douleurs devenant plus fréquentes, la malade apparaît plus déprimée, mais sans qu'on puisse voir dans cette dépression un état mental vraiment pathologique.

Depuis bientôt six mois que nous suivons cette malade, nous n'avons relevé chez elle aucun délire, aucune hallucination. A un moment seulement (avril), elle a déclaré que la nuit elle apercevait la clarté de la lune, et nous avons pu nous assurer que cette assertion était fausse ; dans le même temps elle ne percevait pas la lumière la plus éclatante.

En résumé, amaurose tabétique, ayant débuté brusquement à soixante-dix ans passés, et ne s'accompagnant jusqu'à présent que de troubles psychiques élémentaires très atténués : modification de l'humeur et du caractère, légère euphorie, confiance non justifiée en l'avenir, alternant avec des périodes de dépression motivées par les sensations douloureuses, perte de la mémoire des dates. En raison de l'âge de la malade, il est bien difficile, semble-t-il, de rendre le tabes responsable de la totalité de ces troubles.

OBS. III. — Tabes fruste. Dégénérescence mentale. Épilepsie (?)

Etat mélancolique et préoccupations hypocondriaques. Affaiblissement intellectuel. Paralyse générale possible.

B..., 56 L..., âgée de cinquante-neuf ans, sans profession, internée le 17 octobre 1907, sous le diagnostic « affaiblissement des facultés mentales avec idées confuses de persécution ».

Ses antécédents sont peu connus. A noter cependant un fait

intéressant : l'internement de son mari, mort paralytique général à l'asile de Clermont. Une fille, mariée, jouit d'une bonne santé, mais est peu intelligente. Un fils est mort à quatre mois d'attaques épileptiformes. Deux jumeaux mort-nés. Pas de traitement spécial.

La malade a eu, vers l'âge de dix-neuf ans, des crises qui semblent avoir été de nature épileptique (perte brusque de connaissance, attaques convulsives, amnésie consécutive, parfois blessures au cours de l'attaque) ; peu fréquents, ces accès qui revenaient en moyenne une fois par mois ont disparu à la ménopause.

Soit par suite d'une débilité mentale naturelle, soit en raison de ses crises comitiales, elle a mené une existence assez changeante. Mise plusieurs fois en apprentissage, elle n'a pu rester nulle part, il fallait trop travailler ; elle était toujours fatiguée, elle avait toujours envie de dormir, dit-elle. Sans énergie et sans volonté, elle semble n'avoir jamais su organiser sa vie. Mariée à dix-neuf ans, elle quitta Paris, après quelques années, pour habiter un village de l'Oise. Devenue veuve à trente-trois ans, elle continua de rester là-bas avec sa fille. Elle y vécut très misérablement, non toutefois sans ébaucher une sorte de roman sentimental qui avorta après diverses excentricités de la malade. Une dizaine d'années plus tard, sa fille étant venue se placer à Paris où elle devait bientôt se marier, B... est recueillie dans un pays voisin par une amie compatissante ; mais elle est incapable de rester dans la maison qui l'héberge ; pendant un an environ elle séjourne tantôt dans son ancien domicile, tantôt chez son amie, parcourant à pied, en toute saison, de jour comme de nuit, la distance qui les sépare, longue de plusieurs kilomètres.

Déjà à cette époque elle semble avoir eu des périodes de dépression avec des craintes puériles et vagues. Enfin, vers 1896, elle se rend définitivement à Paris, appelée près de sa fille malade. Elle habite alors chez sa propre mère ; mais celle-ci était « maniaque », dit-elle, elles s'entendaient peu. Pourtant la malade n'a pas le courage de réagir.

Vers 1905, cette sorte de torpeur intellectuelle s'accuse davantage ; en même temps apparaissent des idées délirantes, vagues, des « idées noires » comme elle les appelle ; elle n'ose plus sortir dans Paris qui est une « drôle de ville » : il lui semble qu'on la suit, qu'il doit lui arriver des malheurs qu'elle ne peut préciser ; elle est comme « assoupie ». Dans la suite,

elle aurait eu de violentes douleurs dans les reins et dans les jambes, douleurs dont elle avait déjà souffert jadis, par accès, il y a fort longtemps, — on ne peut rien préciser de plus à ce point de vue. — Contre ces troubles pénibles elle fait usage et même abus d'éther, mais sans que cette médication devienne journalière. Ses idées délirantes s'accusent un peu plus, mais sans prendre jamais beaucoup de précision : elle croit qu'on l'a « comme endormie ». D'après les certificats délivrés, elle a traversé au moment de son internement (octobre 1907) une phase confusionnelle légère avec de l'insomnie, des hallucinations auditives menaçantes, des craintes imprécises, une appréhension vague de malheurs imaginaires. A cette époque la malade était tout à fait incapable de s'occuper, elle s'alimentait irrégulièrement, se plaignait de vagues malaises, redoutait tout effort, opposait une résistance passive aux moindres actions.

Peu de temps après son entrée les hallucinations disparaissent ; elle n'accuse plus, outre son affaiblissement intellectuel dont nous reparlerons plus loin, qu'un état de dépression générale, de l'ennui, de la fatigue, de vagues malaises. En décembre 1907, elle est prise d'une syncope, à la suite de quoi elle va garder le lit d'une manière à peu près continue. Dès qu'on essaye en effet de la lever, elle refuse de manger, prétextant que les aliments la gênent, lui font un poids sur l'estomac et qu'elle ne peut digérer.

ÉTAT ACTUEL. — 1° *Etat mental*. — C'est ainsi que nous trouvâmes la malade en février 1909.

Elle ne quitte plus le lit, s'y tient allongée, presque entièrement cachée sous ses draps, indifférente à ce qui l'entoure. Cependant elle répond avec bienveillance aux questions posées, mais d'une voix faible et monotone, comme éternellement fatiguée. Elle ne peut expliquer sa maladie ; elle ne souffre pas, mais elle n'a pas de forces. Elle refuse de se lever, d'aller au jardin, car elle a peur d'être ensuite davantage souffrante. Si on essaie de l'y contraindre, elle cesse de s'alimenter suffisamment. Pourtant elle n'a pas d'inappétence, pas de douleurs gastriques, pas de vomissements, ses digestions sont bonnes, sa langue humide et rosée, ses selles régulières ; seulement « cela l'agace de manger », elle éprouve à la suite un malaise général qu'elle ne précise pas autrement. Le teint est pâle et bistré, la peau sèche, quelque peu squameuse (ichthyose légère principalement dans le dos et les reins) ; pas d'œdèmes ; pas d'autres troubles trophiques ; les poumons, le cœur sont en bon état ; il

y a de l'hypotension (12 au sphygmomanomètre de Potain); le pouls bat normalement. Ni sucre, ni albumine.

En dehors des préoccupations hypocondriaques signalées plus haut, la malade n'accuse pas de délire. On ne peut même pas dire qu'elle ait réellement de la dépression mélancolique; si elle s'ennuie, c'est qu'elle voudrait être chez elle; elle est plutôt indifférente et apathique que réellement triste.

L'affaiblissement intellectuel est évident sans être excessif; la mémoire surtout est défectueuse. La malade est complètement brouillée avec les dates; elle ne peut dire l'âge exact de sa fille, ni le sien propre; même bon nombre de faits, récents ou anciens, sont péniblement évoqués; « j'essaie de me rappeler, mais ça ne vient pas toujours », dit-elle. Elle ne comprend pas bien tout ce qui lui est arrivé; les récits qu'elle fait de son existence, de sa maladie, de son internement sont pleins de lacunes, mais autant, semble-t-il, par difficulté et ralentissement de l'évocation des souvenirs que par amnésie véritable et définitive; ils se complètent d'une fois à l'autre, sont plus précis et plus détaillés certains jours que d'autres. L'attention est vite fatiguée; les sentiments affectifs sont conservés, mais ne s'éveillent guère spontanément. Il n'y a ni désorientation, ni confusion; la malade comprend ce qui se fait et ce qui se dit autour d'elle, mais elle s'en désintéresse totalement. Il faut généralement insister à plusieurs reprises pour avoir une réponse courte, souvent peu précise et qui semble lui coûter un effort colossal. Pourtant à de rares moments elle est plus éveillée, cause plus volontiers, mais jamais spontanément. En somme, ce qui domine chez elle, c'est une paresse, une torpeur intellectuelle, une sorte d'aboulie permanente, plus marquée à de certains moments, et qui rend très difficile l'appréciation du degré de l'affaiblissement intellectuel, peu intense sans doute, mais pourtant réel.

2° *Symptômes tabétiques*. — C'est au cours d'un examen pratiqué au mois de février 1909 que sont apparus les symptômes révélateurs d'une ataxie, dont le début est par suite inconnu et à laquelle il faut peut-être rattacher les phénomènes douloureux survenus en 1905.

Ces symptômes sont les suivants : inégalité pupillaire, diminution du réflexe lumineux; abolition des réflexes patellaires et achilléens, signe de Romberg très net, marche légèrement ataxique et hésitante (surtout en terrain varié); incoordination discrète des membres supérieurs, sensibilité superficielle tactile

et douloureuse un peu diminuée et retardée, principalement aux membres inférieurs (l'état mental rend ces derniers résultats douteux); sensibilité profonde conservée. Pas d'erreur de position des membres. Hypotonie marquée. Retard dans la sensation de fatigue musculaire. Pas d'autres troubles viscéraux que la gêne (?) stomacale après les repas.

Hypertension notable du liquide céphalo-rachidien, sérine appréciable, nombreux lymphocytes.

L'interprétation de ce cas est assez difficile. Il semble que l'on puisse tout d'abord éliminer l'hypothèse d'une démence épileptique. Il serait étrange, en effet, qu'une épilepsie qui ne s'est manifestée en somme qu'à de longs intervalles, dont depuis plusieurs années il n'existe plus aucun symptôme, ait provoqué un pareil ensemble de troubles mentaux. S'agit-il d'un début de paralysie générale à évolution particulièrement lente et torpide? On ne peut se défendre d'y songer. Sans doute il y a peut-être plutôt une difficulté, une paresse à évoquer les différents souvenirs, que perte profonde de ces souvenirs; sans doute la malade semble avoir toujours vécu d'une vie assez terne, ne s'intéressant pas à grand'chose, ennemie perpétuelle de l'effort, et dans ces conditions il n'est pas surprenant que les différents événements auxquels elle a assisté ou participé n'aient laissé dans son cerveau qu'une faible trace. Toutefois l'affaiblissement intellectuel est bien réel; cette apathie, même au degré où elle existe actuellement, ne laisse pas d'être suspecte; les variations de l'humeur, pour légères qu'elles soient, n'en sont pas moins une indication inquiétante; même la discordance entre l'atténuation des idées hypocondriaques et autant dire l'absence de véritable état mélancolique d'une part, et d'autre part l'exagération de l'inertie et de l'apathie inexplicables présentées par la malade, sont autant de preuves d'une diminution grave du fonctionnement

psychique. Si nous joignons à cela une légère hésitation dans la prononciation de certains mots, une notable défectuosité de la lecture (quelques mots passés, déformés ou mal prononcés), une grande fantaisie dans le résumé oral de l'article lu, des erreurs dans le calcul le plus élémentaire, une ébauche de tremblement de la langue, on conçoit qu'il convienne de faire ici de grandes réserves sur la possibilité d'une paralysie générale en évolution.

De sorte que, en raison de cette suspicion d'une part, en raison, d'autre part, des antécédents de la malade, il paraît difficile de rattacher directement les troubles mentaux qu'elle présente à l'apparition et à l'évolution du tabes.

OBS. IV. — Tabes ancien. Débilité mentale, phobies, crises mélancoliques anxieuses ; instabilité émotive.

A..., femme R..., âgée de quarante-deux ans, blanchisseuse, internée pour la deuxième fois le 30 janvier 1905, sous le diagnostic « dégénérescence mentale avec dépression mélancolique, ataxie ».

Les antécédents de la malade sont peu connus. Son père est mort à soixante-trois ans, de congestion cérébrale ; il était emporté et coléreux. Sa mère vit encore et n'a jamais présenté de troubles mentaux caractérisés. La malade est la sixième de onze enfants, dont deux sont morts en bas âge d'affections banales. Elle a peu suivi l'école et a toujours été d'une intelligence un peu débile et d'une émotivité excessive.

Une sœur aînée serait également « nerveuse ». Ces renseignements, fournis par la malade, sont trop incomplets pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions.

Elle n'a pas eu d'enfants, et n'a pas fait de fausses couches. Jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans elle est restée bien portante.

A cette époque, il y a treize ans, par conséquent, elle fut prise insensiblement d'une dureté progressive de l'ouïe, puis de bourdonnements dans les oreilles. Déjà depuis plusieurs mois elle souffrait de « crampes » dans les membres inférieurs et de douleurs gastriques passagères et violentes, quand subitement,

en 1897, un an environ après le début des troubles auriculaires, elle fut prise un matin de vertige, de dérobement des jambes, avec malaise général, sensation de mort imminente, et impossibilité complète de marcher (1). Le lendemain, la marche était de nouveau possible, mais on s'aperçut alors qu'elle n'était plus aussi assurée. Le diagnostic de tabes fut posé à la Salpêtrière, et la malade fut soumise à des séances de suspension.

Dès cette époque elle fut par intervalles en proie à des idées noires : son état l'inquiétait, elle s'affligeait de se voir aussi maladroite dans ses mouvements et surtout dans sa marche. L'ataxie semble, en effet, avoir été alors très marquée.

En 1909, les troubles mentaux s'exaspèrent, sous forme de frayeurs vagues et d'une véritable phobie de l'isolement qui lui faisait exiger la présence constante de son mari. Elle a des sommeils agités, peuplés de rêves stéréotypés où elle voit des personnages courir, des hommes danser. Son ataxie, qu'on lui a dit devoir aller toujours s'aggravant, l'obsède ; il lui semble que le vide se fait, qu'il n'y a plus rien autour d'elle. Elle s'imagine aussi que des malheurs qu'elle ne saurait préciser vont arriver, elle s'angoisse et se trouble au point que son mari doit la faire interner.

Bientôt cet épisode se calme, et après trois mois de séjour à l'asile elle sort mentalement guérie, mais présentant toujours les mêmes symptômes tabétiques. Toutefois, ceux-ci, débarrassés sans doute de l'élément phobique qui en avait aggravé les manifestations, ont quelque peu rétrocedé. Bien que toujours inégale et nettement ataxique, la marche est relativement facile, la malade sent mieux le sol sous ses pieds.

Au commencement de janvier 1905, elle est reprise de ses phobies et de son anxiété ; les mêmes rêves, qui d'ailleurs ne l'avaient pour ainsi dire jamais quittée, l'obsèdent à nouveau ; elle redoute plus que jamais l'isolement, s'angoisse à la perspective de malheurs imaginaires, se désole de son infirmité, qui s'accentue de cette crainte même, manifeste quelques idées de suicide, et rentre à l'asile le 30 janvier.

Là, elle s'est vite calmée. Un an après, elle est transférée à l'asile de Moisselles, où elle apparaît d'humeur généralement gaie, facile et bienveillante, mais avec des sautes brusques,

(1) Il est probable qu'il s'agissait là d'un vertige labyrinthique.

reprenant, mais très passagèrement, ses anciennes idées mélancoliques. Par intervalles, elle accuse différents malaises : toujours des bourdonnements dans les oreilles, puis des douleurs dans le ventre, dans l'estomac, des nausées, des craquements dans la tête. Elle a souvent les mêmes rêves que jadis (un homme qui danse); parfois, elle est obsédée en dormant par l'idée du suicide; elle est prise, à de certains moments, des mêmes craintes imprécises qu'elle accusait chez elle, tout en déclarant que « c'est très bête d'être ainsi »; elle s'ennuie; elle ne peut tenir en place, elle voudrait se sauver : « Si je marchais bien, je m'en irais je ne sais pas où », dit-elle. Son émotivité est grande, mais très variable dans son expression; elle pleure et elle rit volontiers dans le même temps. C'est surtout quand on l'interroge qu'elle se laisse aller à son découragement; livrée à elle-même, elle est plutôt active, elle s'occupe avec beaucoup d'entrain aux travaux de la cuisine, et, quelques secondes après avoir exprimé ses idées tristes, elle chante, apparemment insouciant. Par ailleurs, elle ne présente aucun affaiblissement intellectuel, mais elle apparaît manifestement comme une débile mentale, dont elle a au surplus quelques stigmates physiques : quasi-nanisme (1^m37), sans malformations, front bas et étroit, blésité, parole bredouillée, etc.

ETAT ACTUEL. — 1^o *Symptômes tabétiques*. — Bien que nette, l'ataxie est loin d'être aussi considérable qu'on pourrait s'y attendre après un début aussi ancien et les épisodes d'aggravation qu'elle a traversés. Aux membres supérieurs, elle est à peine indiquée; la démarche est hésitante, un peu festonnée, les jambes modérément lancées en avant et de côté. La malade continue à s'occuper très activement et avec suffisamment d'adresse aux travaux de la cuisine. Le signe de Romberg est positif, mais dans sa manifestation intervient encore un élément de crainte notable. Les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis. Le réflexe lumineux est très diminué, l'accommodation persiste. La sensibilité douloureuse profonde est abolie, la sensibilité superficielle remarquablement conservée. Par moments, elle accuse encore ce qu'elle appelle des « crampes » dans les jambes. La surdité est très marquée et s'accompagne toujours de bourdonnements.

2^o *Symptômes mentaux*. — Livrée à elle-même, la malade mène une vie en apparence normale : elle travaille à la cuisine régulièrement, activement et convenablement. Elle est plutôt naturellement gaie, bienveillante envers ses compagnes et envers

le personnel; sa tenue est correcte; elle a une conscience très exacte de sa situation.

Cependant elle est parfois reprise de ses idées noires, sans pour cela que son activité soit entravée; c'est, dit-elle, « quand elle a les nerfs trop fatigués » qu'elle s'affecte ainsi et pleure de se voir maladroite et « pas comme les autres ». « La vie lui semble bête », ce qui est ridicule, ajoute-t-elle: « je me dis, la bête, c'est moi, mais on ne raisonne pas ». Elle a peur d'être seule, surtout dans la demi-obscurité, mais elle ne sait pas de quoi elle a peur. Par moments, moins fréquemment depuis quelque temps, car elle marche mieux, il lui semble encore que tout est vide autour d'elle, et elle éprouve le besoin de se sentir entourée. Elle a toujours par intervalles, la nuit, le même rêve où elle voit un homme danser, ou des gens courir; mais elle n'y attache pas d'importance.

Ces mauvais moments ne durent pas, un rien la distrait. Néanmoins elle ne demande pas à sortir; consciente de son infirmité, elle déclare qu'elle ne veut être à la charge de personne; si elle pouvait marcher comme tout le monde, elle quitterait volontiers l'asile, mais « on lui a dit que plus ça irait, pire ce serait ».

En résumé, il s'agit d'une débile émotive, à humeur variable, plus ou moins consciemment obsédée par les manifestations motrices ou sensitives de son tabes (rêves stéréotypés où sont représentés des personnages ingambes), présentant des troubles de la perception en corrélation sans doute avec les altérations de sa sensibilité profonde (sentiment de vide périphérique), accusant un manque de sécurité, une peur de l'isolement, secondairement conditionnés par le trouble de ses perceptions et son incertitude motrice. Ces manifestations psychiques, bien qu'existant depuis fort longtemps, n'entravent pas d'ordinaire l'activité de la malade, et n'exercent sur son humeur aucune action durable. Parfois cependant, et notamment à deux reprises, ces accidents se sont accusés et ont revêtu une allure plus aiguë; ils s'accompagnèrent alors d'anxiété, d'idées de

suicide, de craintes mal précisées mais très vives, au point de rendre à la malade la vie libre impossible. Ces crises plus aiguës semblent bien avoir été provoquées par une recrudescence des manifestations tabétiques; mais elles semblent bien aussi avoir influé sur les manifestations motrices du tabes, aggravant passagèrement l'ataxie, sous la forme d'une sorte de staso-basophobie, qui faisait que, dans ces périodes, non seulement la marche et la station debout étaient à peu près impossibles, mais que, lors de la première crise, les membres supérieurs eux-mêmes étaient agités d'une sorte de choréo-athétose qui ne se renouvela plus par la suite.

A notre avis, il ne saurait toutefois être question ici de « psychose tabétique », mais simplement de troubles psycho-névropathiques éclos et développés à l'occasion du tabes chez une débile émotive, comme ils auraient pu s'y développer à l'occasion de toute autre circonstance et sous une forme dissemblable conditionnée par la cause occasionnelle autre qui les aurait produits.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

DÉLIRES DE CAUSE CHLORALIQUE

Par le Dr G. de CLÉRAMBAULT

Médecin adjoint de l'Infirmierie spéciale.

Suite et fin (1).

C. — DÉLIRE CHLORALIQUE AIGU CONFUSIONNEL.

Il nous semble utile de résumer séparément les traits du délire chloralique aigu simple, et ceux du délire chloralique aigu confusionnel. Nous appelons confusionnel le délire qui survient sur un fond de chloralisme chronique, et dont le décours est prolongé, tandis que le délire aigu simple passe rapidement (2).

Les délires chloraliques aigus confusionnels résultent ou bien d'excès accumulés, ou bien de privation brusque, parfois de ces deux conditions réunies (excès massifs, sommeil immédiat et très long, puis, au réveil, délire aigu). Au cours de ces délires, le malade se présente continuellement sous le même aspect plutôt tranquille, à part quelques phases d'excitation que nous décrirons séparément.

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre et novembre-décembre 1909 et de janvier-février 1910.

(2) Le *delirium tremens* alcoolique est, lui aussi, un état aigu sur base chronique. Les excès isolés donnent lieu à des ivresses pathologiques de formes diverses, et dans la forme délirante de ces ivresses le tableau d'un *delirium tremens* ne se présente jamais au complet.

PREMIER ASPECT. — a) *Humeur*. — Le sujet se montre somnolent et fatigué, mais sans malaises ; son indolence favorise, dans le domaine hallucinatoire, l'apparition d'images indifférentes et de voix peu ou pas inquiétantes ; lors même que le thème des hallucinations est émouvant, elles sont subies sans émotion ; ainsi à des menaces de mort un malade répond seulement « zut », il regarde une exécution sans sourciller, etc. ; l'exposé des spectacles actuels est fait avec un ton de détachement qui surprend, le malade se montre communicatif, et sa logorrhée, affectée exclusivement aux descriptions, semble aidée par un besoin de sympathie : elle cesse dans la solitude et veut souvent être provoquée. Ses gestes prennent facilement une affectuosité de neurasthénique, ou de morphinique à demi heureux ; généralement, il est assis, contemple et n'écoute pas longuement. Parfois, de la subagitation apparaît, le malade devient alors capable de s'émouvoir et se rapproche du type toxique banal. L'aspect physique concorde avec l'état moral : amaigrissement, pâleur, lenteur. Pas de sueurs, tremblement inégal.

b) *Hallucinations*. — Les hallucinations auditives, dans ces périodes calmes, surviennent rarement ; elles sont indifférentes, dénuées de thème, autonomes ; autrement dit, elles apparaissent sans lien, sans motif, sans effet ; ainsi une malade entend subitement une voix qui la proclame « roi-nègre », elle le constate, ne s'en étonne pas et n'y pense plus.

Les hallucinations visuelles semblent intéresser davantage les malades, qui les attendent, sinon les recherchent. Elles sont, au point de vue dimension, de plusieurs modèles, entre lesquels n'existent pas, pour ainsi dire, d'intermédiaires. Les premières sont microscopiques (verre, poudre, coupures de cheveux, etc.) ; elles forment des pointillés, donnent plus ou moins

l'impression de fourmillement, se placent sur la peau, sur les murs ou sur le sol : nous les avons appelées *pseudo-cocaïniques* (voir notre première observation). Les secondes sont simplement menues (insectes, paillettes), elles se rencontrent dans toutes les intoxications. Ici, elles sont relativement rares ; le sujet les voit sur le sol, à quelque distance devant lui, au bout d'une oblique presque constante. Nos chloraliques remarquent leur air artificiel ; les insectes ne se déplacent pas, leurs pattes seules remuent.

Les troisièmes sont plus spécifiques ; elles mesurent de 20 à 30 centimètres, exceptionnellement près de 60 ; elles apparaissent spontanément et durent peu de temps, n'ont de rapport avec nulle idée et ne laissent pas d'idée après elles, ne se suivent pas par séries semblables. Elles figurent des lettres isolées ou des inscriptions très lisibles, des feuillages ; parfois elles représentent, en *réduction*, des paysages ou des êtres vivants. Toutes ces images sont sans relief, sans profondeur ; elles paraissent adhérentes aux murs, et nous proposons de leur donner l'épithète de *décoratives*.

Celles-là sont, contrairement aux précédentes, aperçues à hauteur de regard. Deux ou trois de ces images peuvent apparaître ensemble, elles recouvrent néanmoins une zone peu étendue, les inscriptions seules ont pu, en longueur, s'étendre jusqu'à 1 mètre et plus sans que leur hauteur dépasse 20 à 30 centimètres (nous nous sommes assuré soigneusement de ces détails) ; en résumé, non seulement les images sont petites, mais le champ hallucinatoire est restreint, le regard peut s'inscrire dans un cône à base étroite. De ces images décoratives, la luminosité est faible, les couleurs pâles ; la teinte bleuâtre y domine peut-être ; elles sont toutefois semées de taches brillantes et parcourues par des linéaments brillants, parfois dorés ; ces

linéaments affectionnent les dispositions en rayures et en lacs (voir notre première observation).

Parmi ces hallucinations du troisième genre (taille restreinte, caractères surtout décoratifs), quelques-unes méritent une mention spéciale : ce sont celles qui représentent des sujets en réduction. Ainsi, dans une zone de 40 centimètres, sur le mur à portée de leur main, nos malades ont vu des paysages, des scènes entières, des monuments. Les personnages lascifs que notre deuxième malade cherchait dans un bout de sa paille, étaient des êtres en miniature ; notre première malade voyait « des petits bonshommes cabalistiques ». — Cette réduction de l'échelle a été constatée, par d'autres auteurs et par nous, dans d'autres délires, mais elle est rare (1).

Ces images de petite taille se déplacent peu, mais présentent des mouvements sur place (jouer aux grâces, remuer les pattes) ; ces mouvements contribuent à augmenter pour le sujet le caractère « artificiel » des choses vues, déjà suggéré par le géométrisme, la platitude, les rayures.

Chaque image est d'une durée courte ; elles procèdent fréquemment par séries disparates, mais jamais par séries semblables ; ce renouvellement sans direction permet d'ajouter à l'épithète *décoratives* celle de *kaléidoscopiques*.

Accessoirement, d'autres sortes d'images visuelles peuvent apparaître. Certaines scènes ont pu être vues de grandeur nature et couvrir une assez vaste surface (ainsi une foule courant en rond), mais de telles images n'ont été fréquentes que dans les moments, très exceptionnels, d'excitation et d'anxiété. Certaines images

(1) Leroy. Les hallucinations lilliputiennes, *Société médico-psych.*, séance de juillet 1909 (*Ann. méd.-psych.*, septembre 1909, p. 278).

ont été vues grandeur nature, mais tronquées; ainsi « trois enfants à une fenêtre, on ne voit que leur buste »; dans ce cas l'échelle n'est pas réduite, mais le champ de vision reste limité. — Les sujets ont vu quelques lignes pendantes (fils, tiges), c'est-à-dire des images aériennes, et d'une assez longue étendue.

La plupart des hallucinations visuelles « décoratives » nous ont paru avoir un point de départ illusionnel; les pures illusions sont prépondérantes au début du délire aigu simple. Ce mode de genèse est favorisé par l'état d'indolence psychique, et contribue à l'entretenir. Bien que des détails extérieurs (linéaments du parquet ou des murs) provoquent l'apparition des images, les dimensions de ces dernières restent constantes.

Dans l'obscurité absolue, les hallucinations visuelles cessaient.

Nous n'avons pas observé (toujours dans cet état d'indifférence confusionnelle) des hallucinations de taille moyenne ni un champ de vision de taille moyenne (sauf l'exemple cité plus haut). Quant aux grandes hallucinations, elles appartiennent à d'autres moments du chloralisme.

Les hallucinations du tact ont eu un caractère pseudo-cocaïnique, des troubles douloureux ont rappelé la cocaïne et le tabes; il est inutile d'y revenir.

c) *Intellèct et élocution.* — Comme tous les confus, notre chloralique très imprégné est désorienté, ses tentatives d'explications sont embrouillées, ses phrases restent inachevées et sont remplies de lapsus. Enfin, il présente un grand nombre de ces hallucinations, seulement « pensées », qui sont fréquentes dans les états confusionnels (conviction avec représentation, sans objectivation complète). Mais il reste, bien que confus, capable d'attention raisonnée pour ses images qu'il déclare être sa distraction, et pour les questions qu'on

lui pose ; incapable d'un long raisonnement, il a des éclairs de jugement suffisants pour faire de l'esprit ; ses lapsus, si l'on veut les examiner de près, résultent d'interférences élevées (le plus souvent, de la notion de ce qui va être dit ou pourrait l'être), ils supposent une certaine complexité mentale. Il a spontanément le sentiment de l'irréel devant certaines de ses visions, et on peut l'amener aisément à douter de ses visions passées.

Pas de suggestibilité visuelle ; ni les paroles d'autrui ni ses propres sentiments ne lui procurent d'hallucinations ; les centres sensoriels sont, pour ainsi dire, très isolés de l'idéation (comme en témoigne le flux d'images indifférentes).

Par contre, les centres visuels restent en rapports suivis avec la fonction du langage, le certain degré d'éréthisme dont celle-ci se trouve être affectée se met au service du sens visuel, dont les productions sont décrites complaisamment, alors que sur tout autre thème (dans ces moments confusionnels) le sujet garde volontiers le silence. Ces deux systèmes se rejoignent, à travers l'anarchie des centres psychiques. Les descriptions se font avec calme, la logorrhée ne résultant pas d'une excitation générale, ni d'une expansion spontanée, le sujet a besoin, pour parler, d'être écouté ; seul il se tait ; un besoin de sympathie aidé à la logorrhée.

d) *Activité*. — Le sujet (toujours dans des périodes confuses, qui sont de beaucoup les plus durables) reste continuellement inerte, assis, et contemple le défilé de ses visions sur les murs. Parfois, il essaye de ramasser ses visions menues, sans les saisir (contrairement à l'alcoolique) ; parfois, il essaye de saisir celles des hallucinations microscopiques résidant sur sa peau, mais c'est vraisemblablement l'hallucination tactile concomitante qui cause son geste. Il montre peu

d'acharnement dans cette recherche et peu de hâte (contrairement à l'alcoolique). Il peut chercher en diverses places des visions plus étendues (les deux petits personnages lascifs et agaçants, etc.), mais alors le deuxième état, celui d'agitation, est proche. Bien que confus, nos sujets ont pu écrire une lettre, tracer un plan ; quand le degré de confusion était encore léger, ils ont pu, à leur domicile, vaquer à des travaux divers, tout en gardant leurs hallucinations et en causant d'elles avec calme : deux traits que l'on ne voit pas dans l'alcoolisme.

DEUXIÈME ASPECT. — Le chloralique confus présente de courtes périodes d'excitation et d'anxiété, périodes où il se rapproche plus, comme nous le verrons, des alcooliques aigus simples que des alcooliques confus.

a) *Humeur*. — Durant ses accès d'anxiété, un de nos malades demandait à être changé de chambre, sans voir encore les malfaiteurs qui allaient bientôt le mettre en danger ; il nous suppliait, s'indignait, nous raisonnait ; en revanche, il nous laissait lui tenir des raisonnements et s'y rendait. Parfois, au cours d'un dialogue, il s'interrompait pour se lamenter, sans rien voir encore ; d'autres fois, un accès de colère survenait chez lui sans transition, et tombait de même ; parfois, il exprimait une idée inquiétante, sans inquiétude. Bref, jamais l'anxiété ni la colère, chez lui, n'ont atteint leurs degrés extrêmes de véhémence.

b) *Hallucinations*. — Dans ces moments d'excitation, les hallucinations indifférentes ont disparu. Les hallucinations grandes et mouvantes qui les remplacent rappellent le type alcoolique, mais en diffèrent par divers points. Le sujet ne se voit pas entouré de tous côtés, il n'est même pas toujours directement menacé, les personnages qui dégringolent le long des murs et s'engouffrent dans des soupiraux sont plus mystérieux

que menaçants ; ces scènes finiront mal pour lui, il en est sûr, mais en attendant il les contemple, et il s'intéresse au summum de la jouissance qu'on est en train de mimer devant lui. Les personnages sont parfois réduits et parfois grands, peut-être en est-il parmi eux de plus grands que nature, nous n'avons pas eu l'occasion de le vérifier(1). Même développées sur un champ vaste, les hallucinations nous ont paru n'être pas ambiantes, mais se tenir en face du sujet, plus ou moins haut, plus ou moins loin, comme vues par une fenêtre unique.

c) *Intellect et élocution*. — Dans ces périodes, le sujet prête aux personnages imaginaires des scénarios plus ou moins cohérents et monotones ; il adresse aux personnes présentes des supplications raisonnées, alors qu'un alcoolique pousserait de simples appels au secours ; on ne constate pas chez lui les grandes panophobies. Dans des conditions identiques, nos alcooliques aigus demandent fréquemment qu'on leur ouvre, mais non qu'on leur donne une autre chambre ; c'est là un fait. De même, sortis de leur cellule, ils peuvent se refuser à y rentrer, en la voyant ; ils peuvent demander à revenir près du médecin, mais ils ne supplient jamais le personnel (nous parlons toujours des alcooliques aigus) de leur choisir une chambre différente : leur esprit ne conçoit plus que d'autres cellules puissent n'être ni truquées ni minées.

d) *Activité*. — Pour ces raisons, le chloralique apeuré est moins mobile que l'éthylique ; il reste fatigué et lent jusque dans son agitation (2). Les personnages cherchés par un de nos chloraliques, c'est dans la posi-

(1) Antheaume et Parrot. *Encéphale*, 25 janvier 1906.

(2) Dans un cas de délire par privation, observé par Ballet, il y a eu agitation assez vive, facies vultueux, vibrations généralisées, érêthisme cardiaque ; mort au sixième jour (coma avec 42°5).

tion assise qu'il les cherchait. Nous n'avons observé ni la recherche angoissée comme chez l'éthylique aigu simple, ni la recherche tout automatique, qu'on voit chez l'éthylique confus.

Dans le parallèle à établir entre le chloralisme et l'alcoolisme, nous distinguerons l'alcoolisme aigu simple et l'alcoolisme aigu avec confusion.

I. — ALCOOLISME AIGU SIMPLE. — La période aiguë de délire alcoolique est celle où le sujet, réellement halluciné, devient et reste capable de panopobie, sans tomber encore dans la confusion (1).

a) *Humeur*. — Interrogé dans ses moments de calme, l'alcoolique simplement aigu se montre moins obnubilé, moins trémulant que notre chloralique, sa prononciation est moins embarrassée. Il fait des récits spontanés, suivis, susceptibles de complications, il s'émeut au souvenir des hallucinations; attitude, pensée et parole se ressentent d'une influence sthénique.

Cette influence sthénique se manifeste encore de quelques manières dans les phénomènes dépressifs. L'anxiété éthylique est plus véhémence que l'anxiété de nos chloraliques confusionnels; l'alcoolique se montre violent dans ses défenses et dans ses fuites, impossible à influencer en de tels moments. Ses colères sont puissantes, agressives et motrices, comparativement aux

(1) Nous appelons spécialement l'attention sur cette distinction entre alcoolisme aigu simple et alcoolisme aigu confusionnel. Ces deux états sont généralement confondus dans la description du *délirium tremens*. L'alcoolisme confusionnel marque, cependant une phase de délire qui est tardive, et peut ne pas se produire. La première phase (alcoolisme aigu simple) dure souvent plusieurs jours, et elle est le plus agitée. Si l'on regardait agitation et confusion comme appartenant toutes les deux à tous les temps d'un même délire chloralique, nos parallèles entre chloralisme et éthyliste sembleraient inexacts. Rappelons que le *délirium tremens* alcoolique ne se manifeste que sur fonds tant soit peu chronique: il en est de même du délire chloralique aigu, dans les cas où il se prolonge un tant soit peu.

colères du chloralique, qui sont de la faiblesse irritée, et le cèdent promptement à un état d'aménité et d'aboulie. Sous ce rapport, l'alcool tient le milieu entre le chloral et les stimulants énergiques comme l'éther et la cocaïne.

L'humeur véhémence du sujet lui suggère des hallucinations plus dramatiques, ou plus constamment dramatiques, en même temps que la vigueur relative de l'esprit leur organise un scénario plus compliqué.

La jalousie est fréquente dans l'alcoolisme aigu, comme dans l'alcoolisme subaigu. Dans ce même état subaigu, des persécutions très actives sont dirigées contre l'éthylique; chez notre chloralique subaigu, nous avons vu plutôt des craintes d'accusations que des accusations véritables, une sorte de persécution mélancolique où le sentiment d'indignité avait sa part.

L'alcoolisme ne présente de telles idées que dans ses formes aberrantes (mélancolie et alcoolisme réunis, certaines ivresses, etc.), et alors avec plus de netteté.

L'alcoolique aigu peut présenter, rarement, une excitation génésique.

Toutes ces différences nous semblent résulter de cette somnolence qui fait partie de l'intoxication chloralique à tous ses temps.

Chez l'alcoolique, une influence réciproque des centres permet à l'anxiété de faire pulluler les hallucinations, de même que les hallucinations réveillent l'anxiété. C'est une suggestion endogène qui, nous l'avons vu, ne se produit guère chez le chloralique. Celui-ci, en présence d'hallucinations dramatiques, reste ordinairement calme, comme le resterait un opiomane en pleine extase devant des catastrophes réelles. Inversement, une suggestion exogène peut s'exercer, chez l'alcoolique non encore confus, provoquant des micro-hallucinations ou de l'anxiété.

b) *Hallucinations*. — Les hallucinations visuelles microscopiques (poudres, pointillés divers) existent dans l'alcoolisme aigu comme dans le chloralisme avancé, mais moindres peut-être; jamais elles n'y sont assez développées pour simuler le cocaïnisme; nous ne les avons pas vu représenter des contours ni des dentelles.

Les hallucinations menues (cafards, piécettes) sont peut-être, nous ne savons pourquoi, un peu plus larges dans le chloralisme; chez nos malades elles mesuraient rarement 2 centimètres (grands insectes), au lieu que un demi-centimètre est une dimension ordinaire pour les menues visions de l'éthylique (paillettes, bouts de paille, punaises, piécettes, etc.), au moins pour un sens de l'objet (crevettes). L'origine de leur vision nous paraît être plus interne chez l'éthylique, car la suggestion les reproduit; elles sont aussi plus nettes peut-être, car l'éthylique veut les saisir, et, chose notable, y réussit (surtout aux stades confusionnels). Nos chloraliques n'ont cherché de menues choses que sur leur peau, par suite d'incitation tactile; chez eux des menus dessins ont revêtu souvent des aspects inanimés et cohérents (treillis, lacs).

Chez l'éthylique, les hallucinations décoratives n'existent pas; pas d'inscriptions, pas de rosaces; les images de contenu indifférent sont même rares, ou tout au moins la contemplation n'existe pas comme chez le chloralique. Quand des objets de 20 à 30 centimètres, et d'un sens peu intéressant, apparaissent: 1° ils sont vus par séries de semblables, ce sont des successions de lapins, ou encore des successions de rats; 2° ils apparaissent non un à un, mais en légion; 3° ils couvrent, par leur réunion, d'assez grandes surfaces; ils ont quelque relief, se détachent sur la profondeur, sont même fréquemment aériens; ils n'ont pour ainsi dire jamais une apparence artificielle.

Poussant plus loin l'analyse, on peut remarquer que ces hallucinations restreintes (celles de 20 à 30 centimètres) ont siégé à hauteur du regard, et bien en face, pour nos chloraliques ; très fréquemment, pour l'éthylique, elles siègent plus haut ; elles sont aériennes et ambiantes, le champ d'attention est plus large. Quant aux micro-hallucinations, elles ont paru siéger plus fréquemment à terre, pour l'éthylique ; elles surviennent d'ailleurs chez ce dernier surtout au stade confusionnel.

Les hallucinations de grande taille, celles qui ont de la durée et qui se meuvent, sont certainement plus abondantes et plus ambiantes chez l'éthylique ; elles sont aussi chez lui plus menaçantes, s'adressent, en geste ou en parole, plus directement au sujet, leurs intentions sont plus dangereuses. Les personnages chloraliques semblent relativement pacifiques ; ils inquiètent, mais ne terrifient pas au maximum ; leurs réunions sont quelquefois plutôt mystérieuses qu'inquiétantes ; parfois, ils forment de simples tableaux dénués de tout sens. Tout cela est rare dans l'éthylisme aigu.

Les hallucinations visuelles de l'éthylique prospèrent surtout dans l'obscurité absolue : c'est l'inverse pour les chloraliques, qui se multiplient à la lumière.

Les hallucinations auditives des chloraliques sont, comme les visuelles, moins terrifiantes, moins coordonnées que celles des éthyliques ; nous n'y avons noté ni clameurs ni accusations très formelles ; elles expriment parfois des fragments de pensées sans lien avec l'idéation. Ces hallucinations parasites saugrenues, ne se produisent guère, avec l'alcool, que dans les états subaigus, ou dans la forme spéciale appelée hallucinose, ou dans les ivresses pathologiques.

Les hallucinations tactiles du fil et de l'eau sont communes aux deux intoxications (on pourrait peut-être remarquer que, si, pour l'alcoolique, l'eau ruisselle,

notre chloralique ne sentait que la mouillure). Les troubles cénesthésiques sont moins accusés dans l'alcoolisme aigu ; les troubles tabétiformes en sont absents.

c) *Intellect et élocution*. — L'alcoolique aigu ne présente (toujours dans la période d'énergie et de terreur) aucune obnubilation. Son objectivité est plus conservée. Par contre, dans ses dialogues, il est pressé de revenir aux scènes qui l'ont naguère ému, et le raisonner sur leur réalité est impossible ; *a fortiori* ne doutera-t-il pas d'une hallucination actuelle : il est capable d'en faire un récit ordonné, *mais incapable d'avoir un doute* sur leur sujet : c'est presque l'inverse du chloralique. L'alcoolique ne se complait pas dans une contemplation d'images, encore moins éprouve-t-il un plaisir à décrire ; la loquacité ne surviendra chez lui qu'à la période de confusion, et sous forme d'une soliloquie un peu spéciale (voir plus loin).

d) *Activité*. — L'alcoolique fait montre d'une activité musculaire plus continue et plus puissante que le chloralique. Il va et vient, on ne le voit pas assis et occupé à suivre du doigt des visions : il les ramasse ou il les fuit, selon leur nature ; le plus fréquemment, il manœuvre pour les arrêter ou les fuir ; quand il les recherche (hommes sous son lit), c'est avec de grandes précautions ; il a les réactions naturelles d'un peureux que la peur n'a pas paralysé. Le genre d'activité que nous avons surtout vu chez le chloralique (du moins dans le délire prolongé) a été une subactivité asthénique, plus comparable à l'éthylisme confusionnel qu'à l'éthylisme aigu simple.

Quand l'éthylisme aigu se termine en quelques jours, et sans passer par une période confusionnelle, généralement dès que le sujet a pu dormir, tous les troubles s'effacent également ; il n'en est pas de même du

chloral, où le reliquat de malaises physiques (pares-thésies ou algies) est de règle.

II. — ALCOOLISME AIGU CONFUSIONNEL. — L'alcoolique, après la phase des grandes terreurs, entre dans une phase confusionnelle; celle-ci, fait qui n'est pas noté par les auteurs et qui nous paraît capital, amène un sentiment d'euphorie, qui s'associe à la subexcitation musculaire (1). De là et de l'obtusion mentale, résulte une subactivité dont la monotonie est la caractéristique principale. Celle-ci est tantôt à demi ordonnée : nous assistons alors à ce que l'on a appelé « le délire professionnel » (sans en marquer assez ni le temps ni le mécanisme ni le pronostic), délire qui est surtout manifeste chez les sujets purement moteurs, tantôt uniquement machinale, et alors extrêmement confuse : le sujet s'obstine alors pendant des heures à manipuler la serrure de sa cellule, ou plus schématiquement encore il s'occupera une nuit entière à soutenir le mur ou la porte, qu'une illusion, spéciale à ce stade de délire, lui montre prêts à s'effondrer. Dans ces deux cas, un sentiment, qui vaut la peine d'être isolé, se manifeste et parfois s'exprime : nous le nommerons *le sentiment d'urgence*. Le chloralique obnubilé et énervé pent, lui aussi, poursuivre longuement une activité monotone et circonscrite (chercher deux gnomes dans une pailleasse, etc.), mais il est alors plus lucide que ne l'est l'alcoolique confus, il voit son propre énervement et il le ressent comme un malaise. La confusion est, chez le chloralique, *non globale et avec cela intermittente*; elle est plus foncière, plus égale

(1) Au cours du délire éthylique subaigu se montre souvent, avec l'insomnie, une excitation du genre maniaque (fiébrilité, besoin de marcher, longues courses nocturnes, etc.); ce n'est pas d'elle que nous voulons parler.

chez l'éthylique, qui ne sait ni douter ni se juger. Comme l'obtusion, l'humeur chez le confus éthylique est uniforme ; tandis que le chloralique confus peut s'émouvoir dans quelque mesure (angoisse, colère), l'éthylique confus ne le peut plus ; le chloralique confus éprouve encore un certain besoin de sympathie, l'alcoolique confus préfère être seul et se taire, son occupation lui suffit.

Jugement et élocution. — Tout jugement est supprimé chez le confus éthylique. Incapable d'attention spontanée, il ne peut être rendu sérieusement attentif ; ses réponses toujours courtes et simples ne sont presque jamais adaptées, et le sentiment d'urgence déjà décrit les interrompt. On l'attend, parfois on l'appelle (hallucination auto-suggérée). Il doute encore moins qu'en période lucide. Pour un même degré d'indifférence psychique ou d'occupations, le chloralique est moins obtus. Tandis que l'esprit de l'alcoolique est obscurci profondément et intimement, celui du chloralique est plutôt entouré d'un voile : « un voile de crêpe », dit un auteur cité par Rehm ; on pourrait ajouter que, dans ce voile, le jeu des plis rend la transparence inégale. Le chloralique est un mélange de lucidité et de somnolence, tandis que l'alcoolique confus est à la fois abruti et excité. Cette différence nous semble s'expliquer aisément. Le chloral produit l'obnubilation, et autres troubles, par une action tout élective, précoce, spéciale, sur les cellules intellectuelles ; tandis que l'alcool produit la confusion seulement par l'intermédiaire des déchets de tout l'organisme, d'où imprégnation plus tardive, mais plus complète.

Hallucinations. — Chez l'alcoolique confus, elles sont uniformes et petites ; le pointillé microscopique est plus rare que chez le chloralique ; il n'atteint pas comme chez ce dernier une importance qui puisse rap-

peler le cocaïnisme. Les hallucinations décoratives sont totalement absentes. L'onirisme est très monotone (une action toujours répétée). Parfois, dans son délire professionnel, l'éthylique parle; mais il parle automatiquement dans le feu de l'action, ne décrit rien et ne se soucie pas d'être écouté; contrairement à nos chloraliques, il n'a nul besoin de sympathie, et il n'est plus assez lucide pour dialoguer. Interrogé, il répond peu, ou ne répond pas; s'il vous interpelle, c'est en hâte et brièvement, pour vous écarter de son travail ou vous prier d'en écarter un obstacle. — Autres différences: l'éthylique confus voit ce qu'il sent et il sent ce qu'il voit (l'eau, des piécettes, des fils, etc.); ses paresthésies ne semblent siéger que tout à la surface de la peau (l'eau, les insectes, les fils doux, de l'huile épaisse); les paresthésies chloraliques entrent un peu plus en profondeur. L'eau est vue fréquemment ruisselante par l'éthylique; notre chloralique sentait une mouillure immobile.

Activité. — L'activité est continue, automatique, chez l'éthylique confusionnel; la hâte qui l'accompagne est encore sthénique; notre chloralique était agacé d'une recherche d'ailleurs complexe, dont il pouvait décrire les phases. — Chez l'alcoolique confus se rencontrent des signes catatoniques: immobilité, écho-praxie, mouvements associés, renouvellement du geste (parfois ces phénomènes moteurs sont précoces, et prennent une prédominance très singulière sans confusion proprement dite, mais constamment avec mutisme); la tonicité musculaire est constamment exagérée, quel que soit l'état des réflexes: le muscle de l'alcoolique n'est jamais souple, ses membres ne sont jamais dociles. L'état physique de l'alcoolique confus est d'ailleurs plus grave: tremblement du tronc, sueurs, fuliginosité, anorexie. La cachexie du chloralique a un

cachet de chronicité, celle de l'éthylique semble plus aiguë.

Les confus éthyliques sont peut-être plus âgés.

D. — DÉLIRE CHLORALIQUE AIGU SIMPLE.

La forme de délire chloralique qui se rapproche le plus étroitement du délire alcoolique aigu simple, c'est le délire chloralique aigu de moyenne durée, celui qui, distinct de l'ivresse par l'absence de symptômes maniaques, par l'allure plus idéative, par la richesse de l'onirisme, par la durée, naît sur un fond de chronicité sans imprégnation très profonde. Là, les troubles cutanés sont absents ou minimes, les troubles visuels spéciaux sont peu marqués, l'onirisme a plus fréquemment un caractère organisé et dramatique. — Toutefois, des nuances permettent encore le diagnostic différentiel. Le chloralique est plus torpide, plus déprimé, plus hésitant.

Les anxiétés du chloralique semblent moins intenses, il n'est pas traqué; parfois, les intrus ne s'occupent pas de lui, il se croit alors égaré dans une pantomime mystérieuse; d'autres fois, le scénario est précis, mais bénin (la soustraction du porte-monnaie); parfois, les personnages lui sont ou familiers ou sympathiques, trait plutôt rare chez l'éthylique.

Les illusions (mouvements des choses) sont peut-être plus abondantes, l'origine illusionnelle des hallucinations visuelles semble plus marquée, le sentiment de présence plus fréquent, et plus fréquent aussi le sentiment très spécial de l'animation des objets (dialogues des choses). Celui-ci est souvent précédé par un sentiment d'étrangeté. L'ensemble est revêtu d'une teinte vaporeuse, où la nuance bleuâtre est sensible, tout semble se passer dans les limbes, et le malade con-

temple avec intérêt, en restant assis ou couché, nombre de visions ci-dessus décrites. Quelques traces de spécificité chloralique peuvent être décelées (motifs décoratifs isolés, lignes verticales surtout pendantes, etc.). Dans ses moments de calme, le sujet est aboulique; même agité, il fait preuve d'une docilité relative, son entourage peut discuter avec lui bien plus qu'avec un éthylique. Il montre plus d'entêtement que de colère. Les raptus subits, au repos, sont plus rares. Il n'a pas le sentiment de hâte, il est plus égaré dans le temps, il accepte plus facilement tous les partis.

Interrogé, il doute de quelques-uns de ses rêves, il fait part de convictions imaginaires non issues d'hallucinations antécédentes, mais instantanément conçues. Il éprouve aussi ce que l'on peut nommer *des hallucinations pensées*, c'est-à-dire des représentations ou des impressions auditives si faiblement objectivées, qu'on ne peut savoir s'il s'agit de suppositions simples ou bien de perceptions erronées. « On vient de passer... on « vient de dire que... » Ces phénomènes semblent moins fréquents chez l'éthylique; les mélancoliques les présentent assez souvent (surtout dans le domaine auditif), et par quelques côtés le chloralique en est un. Le chloralique est plus désorienté dans le temps, et il méconnaît plus facilement les personnes que l'éthylique; mais il se juge mieux que ce dernier, ayant et le sentiment de l'erreur et le sentiment de la maladie. — Les lapsus sont fréquents dans son élocution; il parlera assez volontiers, mais sans succès, sur tout sujet qu'on lui propose: il n'a pas de hâte d'en revenir aux scènes récentes; l'alcoolique aigu ne veut parler que d'elles, mais il en parle correctement.

Le chloralique est susceptible, durant ses visions, de rester au lit; d'autres fois encore, il les subit tout en se livrant aux petits travaux de son intérieur, et sans

s'interrompre les décrit. Elles prospèrent ou même elles pullulent à la lumière. Les trémulations semblent être, pour un même degré d'agitation, plus prononcées chez le chloralique que chez l'éthylique.

Le délire chloralique aigu, si la confusion n'y est que légère, peut se dissiper plus rapidement que l'alcoolique (disparition en quelques heures, Obs. III), mais plus de reliquats lui survivent (troubles somatiques variés, torpeur mentale).

Nous résumerions volontiers nos diagnostics différentiels dans cette formule :

Lors des onirismes dramatiques, le chloralique se montre déjà obnubilé, tandis que l'éthylique ne l'est pas ; quand l'éthylique devient confus, il est euphorique, uniforme et absorbé, comme le chloralique ne l'est pas. Enfin les images chloraliques possèdent des caractères intrinsèques, qu'il faut rechercher.

La dépression relative du chloralique le rend moins dangereux que l'éthylique ; ses terreurs sont moins intenses, ses actes moins rapides, ses gestes moins sûrs ; il sera toujours plus facile à désarmer. Sa maladresse est plus à craindre que sa violence (dangers d'incendie, d'explosion). Il peut se suicider, et même entraîner dans son suicide un être faible, soit par suite de quelque onirisme, soit plutôt comme mélancolique.

Les éléments différentiels que nous avons tâché de faire valoir pourront être reconnus çà et là dans les descriptions des auteurs, si l'on veut bien les y chercher. Quelques-uns figurent dans leurs conclusions.

Erlenmeyer a observé des hallucinations banales (singes, boucs, rats et souris), mais avec subagitation modérée, rougeur de la face, douleurs des jambes, myosis. Ballet parle de rats et de souris, en remarquant que ces hallucinations ont été faibles. Le malade d'Antheaume et Parrot a ressenti des formications, mais

nous ne savons si elles entraient dans son délire. Kirn a observé un malade avec hallucinations diurnes et anxiété nocturne, autrement dit cessation des images dans l'obscurité et anxiété sans influence sur la production des images (1). Gellhorn signale des paresthésies; Rehm, des formications prolongées (durée, un mois) et des micro-hallucinations (verre, tabac à priser, virus gonococcique); Antheaume et Parrot ont signalé des hallucinations géantes.

Le tonus a été souvent défini de même : apathie et vertiges (Gastrovicz, 1869); indifférence et rêvasserie (Schüle); indifférence, avec possibilité de bien répondre si on insiste (Antheaume et Parrot). Nous trouvons dans d'autres auteurs : subagitation et torpeur; une mélancolie différente des états d'âme dus à la morphine, à la cocaïne, à l'alcool, au chloroforme; faiblesse morale avec irritabilité, angoisse la nuit, l'esprit entouré comme d'un crêpe (*der Geist umflort*), possibilité de réponses justes, etc.

Les douleurs ont simulé la méningite spinale, la sciatique, le tabes; elles ont siégé en cercle au-dessus des jointures. — Formications fréquentes chez des non-délirants. Troubles vaso-moteurs : pétéchies, rashes, œdèmes, éruptions diverses. — Tourniole ulcéreuse (Smith). Altérations du sang, tachycardie. Excitation du cœur dans les expériences sur les animaux.

Troubles de la parole rappelant la paralysie générale. Action excitante du chloral chez des épuisés de tous genres. Troubles prolongés après cure.

Expériences de Kahle (2). — Chloral (C^2HCl^3O) à dose

(1) Dans un cas de Pichon, cité plus loin, les hallucinations se produisaient indifféremment de jour et de nuit, ce que l'auteur, tout en méconnaissant l'influence chloralique, donne expressément à remarquer.

(2) Kahle. *Inaugural Dissertation*, Königsberg, 1879.

massive : excitation circulatoire seulement, pas d'anesthésie, long sommeil. — Chloroforme (CHCl^3) à dose massive : excitation générale, anesthésie générale, pas de suites.

Chloral à doses mortelles graduelles : cœur accéléré, puis diminution de l'activité respiratoire et cardiaque ; réflexes tactiles diminués les derniers ; mort par arrêt respiratoire.

Chloroforme à doses mortelles graduelles : d'abord augmentation respiratoire, circulatoire et des réflexes ; puis anesthésie, affaiblissement cardiaque, accélération respiratoire suivie d'arrêt, puis arrêt du cœur en diastole.

Chloral à dose mortelle d'emblée : cœur excité seul, puis arrêt du cœur.

Chloroforme à dose mortelle d'emblée : excitation générale, puis dépression générale ; mort par arrêt respiratoire.

Nous citons ces derniers exemples de localisations organiques du chloral, pour attirer de nouveau l'attention sur ses fixations électives. Dans le système nerveux, le noyau chloralique se fixe sur certaines cellules, ou certains éléments de cellules, ou certains points de leurs prolongements, avec des préférences marquées, qui, histologiquement connues, nous expliqueraient le lieu et la forme des paresthésies et des hallucinations ; elles expliqueraient de même les détails des hallucinations visuelles, tels que la tendance aux lacis, proche mais distincte de la tendance aux pointillés et aux grouillements provoquée par tant d'autres toxiques.

Nous disons noyau chloralique, pour abréger. Les chimistes discutent sur la façon d'agir du chloral une fois assimilé : chlore, chloroforme, acide urochloralique (1).

Nous n'avons pas observé de différence entre le délire produit par la privation de chloral et celui que produit l'ingestion exagérée. Une agitation plus violente a été

(1) Rehm. *Chronischer Chloralmissbrauch*. *Archiv f. Psych.*, 1886. Monographie extrêmement complète.

vue, à la suite de privation brusque (Antheaume et Parrot).

Dans l'abstinence, l'état de besoin n'existe pas, du moins conscient et angoissant, comme dans l'abstinence morphinique. Le chloral a cela de commun avec la cocaïne et l'éther.

Il existe des cas de délire chloralique où les localisations indiquées ne se produisent pas. Pichon a observé deux morphinomanes chloraliques subdélirants et dépourvus d'hallucinations (1).

Nos malades sont sortis de leur chloralomanie assez diminués psychiquement : l'un, aboulique, avec jugement et sensibilité morale émoussés ; l'autre, inerte intellectuellement, avec des troubles de l'humeur continus et des ébauches d'états maniaques, où le sentiment d'hostilité prédomine. C'est une sorte de démence dans le domaine affectif, car dans ce domaine la déchéance se réalise non pas seulement par suppression (forme apathique), mais plus souvent par perversion (forme irritable : l'irascibilité sénile en est la preuve).

Nous n'avons pas vu persister chez eux d'hallucinoïse, comme il en survit quelquefois, rarement, à des délires alcooliques graves, et comme, *a priori*, le chloral peut sembler apte à en produire (surtout dans le domaine viscéral).

Dans nos deux premiers grands délires, la bromuration a-t-elle joué un rôle ? Nous croyons que non. Le bromure ne suffit pas à calmer les alcooliques ou cocaïniques délirants, ni les morphiniques en crise d'absti-

(1) G. Pichon. *Les Maladies de l'esprit* (Doin, 1888). — *Folies passionnelles* (Dentu, 1891), p. 330-365.

Le dernier des trois cas observés par Pichon a présenté des hallucinations nettement chloraliques (apparitions à retours diurnes, etc.). L'état mental était aussi d'un chloralique, bien que l'auteur croie pouvoir l'attribuer, ainsi que les hallucinations, à la morphine (p. 360).

nence. Peut-être a-t-il pu exercer quelque influence sur le tonus, et par là adoucir la teneur des données hallucinatoires? Nous ne le croyons pas, le chloral seul donnant déjà la note torpide.

L'inanition a pu seulement favoriser le délire. Pour l'appréciation de son importance, nous renvoyons aux discussions sur l'abstinence dans le cocaïnisme et le morphinisme (1). Visiblement, l'inanition n'a pas davantage que le bromure pu communiquer aux délires ce qu'ils ont eu d'original.

Le délire chloralique peut être confondu encore avec divers états, que nous nous contenterons d'énumérer : confusion polynévritique, confusion chez des affamés et fatigués, confusion post-émotionnelle, confusion tardive chez des neurasthéniques hypochondriaques, confusion comitiale, confusion fébrile, obtusion chez le paralytique général.

Il se peut que dans nos cas certains des traits spéciaux aient été fournis, comme on le voit dans certains cas d'alcoolisme, par une réaction subjective du terrain à l'agent toxique, et que dans d'autres cas à venir notre diagnostic soit dérouté par des modalités subjectives d'une autre allure. Toute intoxication a ses formes anormales. Nous ferons remarquer, toutefois, que ces formes anormales deviennent d'autant plus rares qu'il s'agit d'intoxications moins passagères ; les délires aigus prolongés en présentent bien moins que les ivresses.

La recherche des signes différentiels intrinsèques a, selon nous, un intérêt pratique de premier ordre. La dissimulation des malades, l'ignorance des familles, le désarroi matériel même qu'on rencontre dans les cas d'urgence, peuvent faire ignorer au médecin la cause véritable d'un état qui peut, lui, en simuler d'autres.

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1889, tome IX, page 142 et 439.

Pichon a vu un cas de collapsus morphinique pris pour une manifestation de choléra : une simple piqûre a évité le danger de mort pour l'intéressée, de longues terreurs pour le voisinage et des mesures administratives inopportunes. La suppression brusque du chloral expose au collapsus cardiaque, et aucune description classique n'ayant aidé notre diagnostic dans les cas ci-dessus rapportés, nos malades auraient pu mourir dans notre service faute de chloral. Il importe aussi pour l'avenir du malade que les habitudes chloraliques, si faciles à dissimuler, soient signalées à l'entourage. Dans le cas de silence ou de négation chez un malade, le chloralisme ne sera révélé que par la phase aiguë du délire : il importe de l'observer de près, et cela en ne se contentant pas des seules narrations du malade et du personnel qui le surveille, mais en passant des heures près de lui, et en lui faisant préciser les caractères de ses visions au moment même où elles surgissent.

Médecine légale

DOCUMENTS DE MÉDECINE LÉGALE

Par le Dr A. ADAM,

Directeur-médecin de l'asile Saint-Georges, à Bourg.

Parmi les sujets atteints de délire raisonnant de persécution que j'ai examinés comme médecin expert, il s'en trouve deux dont les observations présentent des analogies frappantes. Si j'ai pensé à publier ici leur histoire, c'est parce chez ces deux inculpés d'outrages à magistrats et à témoins et de menaces de mort sous condition, l'état mental vrai avait été méconnu lors d'un examen médical antérieur dont les auteurs avaient conclu à la responsabilité atténuée. Il est vrai que les magistrats ont passé outre à ces conclusions et, dans un cas, se déclarant insuffisamment renseignés sur l'état mental, ont ordonné une nouvelle expertise, tandis que, dans l'autre, ils ont rendu un arrêt de non-lien.

Cela, bien entendu, n'a pas empêché le bénéficiaire de cette décision d'être, à bref délai, l'objet de nouvelles poursuites pour des délits identiques. Les fous raisonnants, persécutés-persécuteurs, et parmi eux spécialement les revendicateurs et les processifs, s'en prennent si souvent aux magistrats, les accablant de requêtes, d'injures, de menaces, qu'il n'est pas étonnant que ceux-ci arrivent à avoir une certaine expérience de ces cas particuliers, et à rectifier parfois de façon heu-

reuse, par leurs décisions, les conclusions d'experts peu familiarisés avec cette espèce d'aliénés qui en imposent par leur apparente lucidité et par leur logique serrée.

Puisqu'il arrive que des experts médicaux se laissent encore influencer par ces apparences de lucidité et de raison, et se tirent ensuite d'embarras en se rabattant sur la responsabilité atténuée, il ne sera peut-être pas tout à fait inutile de publier de nouvelles observations de ce genre, quoique, pour les lecteurs habituels des *Annales*, elles n'offrent qu'un intérêt secondaire.

Les deux sujets dont je vais exposer l'histoire pathologique habitaient le même village, ils étaient presque en même temps en prévention pour des délits semblables, tous deux ont finalement été déclarés irresponsables; l'un d'eux a été interné, l'autre a été laissé en liberté quoique déclaré dangereux. Tous deux, au cours de leur délire, avaient communiqué leurs idées délirantes à l'entourage, quoique dans des conditions différentes sur lesquelles je reviendrai plus loin, et tous deux étaient nés de parents aliénés.

I

Délire processif communiqué au conjoint, méconnu par un premier expert; menaces de mort sous condition; contre-expertise; ordonnance de non-lieu; déclarée dangereuse, la malade est néanmoins laissée en liberté.

Au mois de novembre 1907, je fus commis par le juge d'instruction de B..., à l'effet d'examiner Marguerite C..., âgée de quarante-trois ans, domiciliée à Am..., inculpée d'outrages à magistrats et de menaces de mort, à l'effet d'établir si sa responsabilité est entière ou limitée, et s'il y a un réel danger à la laisser en liberté.

Les faits qui avaient motivé les poursuites sont les suivants: En 1904, l'inculpée avait placé sa fille, alors âgée de quinze ans, en apprentissage dans un atelier de

couture chez une dame R..., à B... Aux termes du contrat d'apprentissage, la jeune fille devait rester pendant quatre ans audit atelier. Au bout de deux ans, ce contrat fut rompu pour raison de santé, au dire de l'inculpée, raison qui est contestée par l'autre partie. Citée devant le juge de paix de B..., elle fut condamnée à payer, pour rupture de contrat, 750 francs d'indemnité. Ce jugement fut confirmé en appel. L'inculpée attribua sa défaite à une lettre qu'avait versée aux débats la dame R..., lettre par laquelle une voisine avait affirmé que la jeune ouvrière n'avait pas été malade et avait continué, chez ses parents, à travailler de son métier de couturière. L'inculpée se livra à des voies de fait sur sa voisine, la dame C..., auteur de ladite lettre, et fut, pour ce fait, condamnée par le Tribunal de B... avec bénéfice de la loi de sursis (septembre 1905). Or, dès le mois suivant, l'inculpée qui avait porté plainte pour faux témoignage contre la dame C..., écrivit au procureur de la République de B... des lettres d'injures et de menaces. « Cette honteuse affaire que vous cou-
« vrez de votre manteau de procureur général, écrit-elle,
« ne peut être étouffée. Si mon dossier n'est pas levé et
« mes plaintes poursuivies, c'est à vous que je m'en
« prendrai, revolver au poing ; la cour d'assises statuera
« sur le tout.... »

Une instruction fut ouverte, et l'inculpée fut soumise à un examen médical. Les conclusions du rapport médical furent les suivantes : 1° La surexcitation mentale, les idées fixes et de persécution témoignent d'un certain dérangement des facultés cérébrales, qui exige des soins vigilants et une existence très calme ; 2° les troubles cérébraux consignés ci-dessus atténuent sensiblement la responsabilité de l'inculpée.

En présence de conclusions aussi embarrassantes, exigeant d'une part des soins vigilants pour une malade, et admettant d'autre part une responsabilité atténuée, par conséquent une condamnation, le juge d'instruction rendit une ordonnance de non-lieu (4 décembre 1906). Cette solution ne fut pas du goût de Marguerite C..., qui, dès le 10 décembre, écrivit au procureur de la République en ces termes : « Je ne considère pas l'inci-
« dent de B... comme un incident de non-lieu, mais

« comme une tentative de séquestration dans une
« maison de fous, pour me supprimer. Je fais connaître
« ce jour à mon avocat ma dernière décision qui sera
« irrévocable, et aucune pression exercée ne m'empê-
« chera d'agir. Je veux l'honneur de mon enfant qui
« n'appartient qu'à des docteurs. J'exige, selon mon
« droit, que mes... soient poursuivis. Je vous envoie ce
« jour ce fameux jugement qui, sous une *longue fatuité*,
« couvre des fautes si ignobles et dont les termes font foi
« en tout (fait double). »

Cette lettre fut suivie d'une série d'autres renfermant des outrages et des menaces aux magistrats. L'inculpée fut, pour ces faits, arrêtée, conduite à la prison de B... et soumise à un nouvel examen médical dont je fus chargé.

Ma première visite eut lieu à la prison, les autres à mon cabinet et au domicile de l'inculpée, qui avait obtenu sa mise en liberté provisoire.

Sur les antécédents héréditaires de l'inculpée, un seul fait important a pu être établi : c'est que sa mère était aliénée; elle a passé vingt-trois ans à l'Asile des aliénés de l'Isère et est revenue, démente tranquille, mourir dans sa famille. L'inculpée elle-même n'a jamais fait de maladies graves. Elle a eu huit enfants, dont un seul survit; cinq sont morts en naissant, deux par accident (brûlure et empoisonnement). L'inculpée me déclare qu'elle veut bien se prêter à un examen médical, à condition que je ne la brusque pas. Elle se montre d'ailleurs très susceptible. Je citerai ici une partie de notre entretien.

D. — Pourquoi êtes-vous en prison?

R. — J'ai menacé M^{me} C..., à condition, ainsi que M^{me} R..., après avoir épuisé toutes les voies de justice.

D. — N'avez-vous pas outragé des magistrats?

R. — Oui, parce qu'ils ne poursuivaient pas mes plaintes contre la faussaire C... et les magistrats de B..., parce qu'ils sont des vendus. Ils m'ont condamnée à 500 francs de dommages-intérêts parce que M. et M^{me} R... sont de leurs amis; je les ai vu rire ensemble à l'audience, c'était comme au Vaudeville.

On m'avait dit d'avance que je perdrais mon procès,

parce que M^{me} R... est la couturière des femmes des magistrats.

D. — Pourquoi avez-vous injurié le procureur général :

R. — Parce qu'il est complice. Il couvre de son manteau les crimes des autres, ils ont tous déshonoré ma fille.

D. — Comment cela ?

R. — Ils ont dit dans leur jugement que la maladie de ma fille n'était que de sept à huit mois, ce qui signifie qu'elle aurait été enceinte. Eh bien, il faut qu'ils trouvent l'enfant.

D. — Mais votre fille n'est pas en cause ; le procès ne porte que sur vos délits d'injures et de menaces.

R. — Les faits sont *connexes*. Il faut qu'ils montrent l'enfant, je n'en fais pas une question d'argent, mais je veux sauver l'honneur de ma fille, et il faut que M^{me} C... soit poursuivie pour faux, et R... pour usage de faux.

D. — En attendant, c'est vous qui êtes poursuivie ?

R. — J'en suis bien aise, je n'ai pas peur ; je veux qu'on en finisse, que ma fille soit réhabilitée.

D. — Si vous voulez vous laisser examiner à mon cabinet et chez vous, on est disposé à vous mettre en liberté dès ce soir.

R. — Je refuse de quitter la prison. Il me faut la lumière complète et je veux l'attendre ici.

D. — Vous comprenez bien que l'affaire est arrêtée jusqu'au dépôt de mon rapport.

R. — Qu'on fasse un rapport pour mesurer l'épaisseur de la peau qui recouvre le cerveau des ânes ; si moi je suis folle, il existe une Cour de lumière.

Mon interrogatoire ayant dû être interrompu, l'inculpée y voit une manœuvre pour mettre sa mémoire en défaut et la déclarer aliénée. Finalement cependant, elle accepte la liberté provisoire, elle en profite pour m'écrire une longue lettre sur le mode ironique, se plaint qu'en prison on ait tenté de l'empoisonner avec des haricots, et déclare que ses lettres n'ont d'autre but que de provoquer des poursuites devant la cour d'assises, où elle pourra faire la lumière.

Lors d'une entrevue ultérieure, à mon cabinet, elle fait les déclarations suivantes :

D. — Vous êtes toujours convaincue qu'on a voulu vous empoisonner?

R. — Je crois qu'en prison on n'est pas en sûreté. Le juge de paix de B... qui m'a condamnée, est mort en vingt-quatre heures; je suis convaincue qu'il s'est suicidé parce qu'on l'avait trompé dans mon affaire. Les termes du jugement de B... sont *aléatoires*, pour laisser croire que ma fille a accouché. En termes *aléatoires*, on peut dire bien des choses.

D. — Vous ne pouvez revenir sur ce jugement qui est définitif.

R. (Bondissant de colère, voulant emmener sa fille, elle m'invective violemment, puis se ravise et déclare) : — Non, ce jugement n'est pas définitif; j'ai la cassation, puis la revision, et je veux épuiser tous les moyens.

D. — Les délais de cassation sont passés et il n'y a pas de revision en matière civile.

R. (Avec indignation). — Vous n'y entendez rien; nous avons cinq ans pour aller en cassation, et dix ans pour la revision.

D. — Avez-vous jamais songé sérieusement à tuer M^{me} C...

R. (Très froide et très décidée). — Je n'ai dit qu'une chose et je la maintiens. J'ai dit que je tuerais la femme C... si on ne me rend pas justice, et je ne la tuerais qu'à cette condition, mais je le ferai sans aucun doute.

Ma troisième entrevue eut lieu au domicile de l'inculpée. Elle habite à A... une maison assez coquette qui est la propriété du ménage C... L'installation est confortable; une des pièces du rez-de-chaussée, où je suis reçu par le mari, tient lieu de salle à manger et de salon.

Au mari d'abord, pris à part; je demande ce qu'il pense de la manière d'agir, de l'état mental de sa femme. Après réflexion, cet homme avec un grand accent de sincérité déclare que si sa femme est folle, il faut que lui le soit aussi; car elle a raison sur tous les points: les juges de B... ont été corrompus par R... et par sa femme, l'avocat lui-même a trahi leur cause, parce que M^{me} R... habille sa femme, l'avoué seul était

honnête : aussi m'a-t-il dit que le tribunal était allé trop vite, ce qui veut dire bien des choses. Ma femme est un peu vive, ajoute-t-il, mais pourquoi ne nous rend-on pas justice ? mais nous irons jusqu'au bout, dussions-nous quitter notre maison.

A ce propos, il faut signaler un fait bien extraordinaire et qui dénote chez la partie adverse du procès de B... des sentiments et des procédés qu'on a peine à comprendre, et qui sont bien de nature à exaspérer une personne même non quérulante. Voici ce fait. Pour payer les dommages-intérêts à R..., les époux C... empruntent 1.000 francs et désintéressent R... Or, ce dernier va trouver le prêteur, achète la créance, de sorte que les époux C... après avoir emprunté pour le désintéresser, se trouvent être à nouveau ses débiteurs, et il se montre créancier intraitable ; au moment de ma visite, une affiche annonçant la vente forcée de l'immeuble est posée à l'entrée de la maison ; la vente doit avoir lieu dans quelques jours.

Devant cet inexplicable acharnement de R..., les époux C... se laissent saisir plutôt que de faire un nouvel emprunt, ils veulent aller jusqu'*au bout*, et si l'internement dans un asile d'aliénés était ordonné, ils organiseraient une campagne de presse, ils ont un parent journaliste à Paris. L'inculpée ne redoute pas outre mesure un rapport qui la déclarerait aliénée, elle provoquerait une contre-expertise et ferait marcher la presse. En me reconduisant, on me fait admirer les belles dindes qui picorent dans le jardin, non sans me faire remarquer qu'à peine arrivées, ces bêtes ont été *signalées au tribunal* comme un nouveau butin à saisir, par la voisine, la femme C...

Or, cette malheureuse voisine s'est trouvée mêlée à cette affaire par un vrai guet-apens. Ayant reçu comme clients dans son café le mari de l'inculpée et le sieur R..., qui lui fut présenté comme voyageur de commerce en liqueurs et ami de ses voisins, elle reçut quelques jours plus tard une lettre de R... lui demandant si la fille de l'inculpée était malade. Plutôt surprise de l'intérêt que R... semblait porter à cette fille, elle répondit qu'elle la voyait circuler en bonne santé. C'est cette lettre qui fut versée aux débats et qui a causé l'exaspé-

ration de l'inculpée contre sa voisine. Aussi celle-ci ose-t-elle à peine me donner quelques renseignements. « Je me fais bien petite, dit-elle, je me cache, j'ai peur de ma voisine, je n'ose plus sortir », et elle maudit R..., ce client de passage qui lui a joué de façon bien indelicat un si mauvais tour.

Il est à peine utile de faire remarquer que dans les faits exposés nous trouvons tous les éléments constitutifs du délire systématisé raisonnant des persécutés-persécuteurs, sous la variété de la folie quérulante. Nous avons la tare héréditaire, le procès initial dans lequel l'inculpée a succombé, d'où l'idée-mère de son délire de persécution. Les juges ont été corrompus, les témoins ont menti, ce sont d'abord des plaintes, puis des menaces, des violences, et comme ces gestes attirent de nouvelles poursuites, on étudie le Code en famille, on veut épuiser tous les degrés de juridiction et on décide qu'on n'aura recours à l'ultime violence, au meurtre, qu'après épuisement de tous les moyens juridiques. Le mari de l'inculpée continue d'aller à son travail, mais le soir il écoute les griefs de sa femme et finit par accepter toutes ses idées, jusqu'à la violence exclusivement; il approuve tous ses projets, toutes ses démarches. Il veut, comme elle, aller jusqu'au bout. Aussi, au lieu de rembourser R... par un nouvel emprunt qu'on aurait pu faire facilement, laisse-t-on vendre la maison par suite de saisie. Ce n'est d'ailleurs qu'une manœuvre pour n'avoir pas l'air de céder, car la maison est achetée par quelqu'un de la famille, et les époux, entêtés dans leurs revendications, continuent à l'habiter.

Je conclus à l'existence, chez l'inculpée, d'un délire systématisé raisonnant ou des persécutés-persécuteurs, constituant l'état de démence visé par l'art. 64 du Code pénal, et je déclarais qu'il y aurait danger à la laisser en liberté.

Une ordonnance de non-lieu fut rendue, mais, pour des raisons que j'ignore, la femme C... fut laissée en liberté.

Des renseignements que j'ai pu recueillir, il résulte qu'elle est encore en liberté, qu'elle continue à injurier sa voisine, à dénoncer tantôt une personne, tantôt une autre, pour des griefs imaginaires, et à écrire aux

magistrats des lettres par lesquelles elle réclame en termes plus ou moins violents, que justice lui soit enfin rendue.

II

Persécuté-persécuteur, communication du délire à la concubine; menaces de mort; état mental méconnu par un premier expert; déclaré irresponsable par le second expert; ordonnance de non-lieu; internement.

Le 24 août 1907, je fus commis par jugement du tribunal correctionnel de B... à l'effet d'examiner l'état mental de Joseph G..., âgé de vingt-cinq ans, inculpé d'outrages à magistrat de l'ordre administratif et de menaces de mort, à fin de rechercher s'il était responsable de ses actes. Les faits qui avaient motivé les poursuites sont les suivants : le 7 juillet 1907, G... avait adressé au préfet de l'Ain une lettre de trois pages dont les citations suivantes suffiront à donner une idée : « Monsieur le Préfet, j'ai à vous reprocher votre incapacité de remplir vos fonctions. Je vous sens indigne... Il faut la radiation de cet impôt..., si vous n'accordez pas ma juste réclamation, vous me poussez au crime, je me verrai obligé de passer à Bourg, et comme vous n'êtes pas immortel, je suis capable de mettre une bombe qui fera explosion à votre résidence..., si vous méprisez ma misère, ça vous coûtera la vie, je verserai votre sang, etc., etc. »

Voici pour le fond; quant à la forme, il importe de signaler que tous les mots de cette lettre commencent par des majuscules. Il en est de même d'ailleurs pour toute la correspondance de G... qui a été versée au dossier.

Le 26 juillet, dans sa lettre, portant envoi au procureur de la République du document ci-dessus visé, le préfet s'exprime ainsi : « Les différents ministères, ainsi que mon administration, sont assaillis depuis longtemps de requêtes de cette personne, et les renseignements qui me sont fournis à son sujet, permettent de se demander si elle jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles. » En conséquence, G... fut arrêté à son domicile, non sans injurier les gendarmes et proférer des

menaces contre les magistrats de l'ordre administratif et judiciaire. Un médecin du chef-lieu judiciaire de l'arrondissement fut chargé d'examiner G... au point de vue de son état mental et de sa responsabilité. Les conclusions du rapport médical furent les suivantes : 1° G... présente les stigmates d'une dégénérescence physique et mentale ; 2° son intelligence est faible, son jugement est faux, ses actes sont absurdes ; 3° bien qu'il possède dans une certaine mesure la notion du bien et du mal, sa responsabilité est très notablement atténuée. G... comparut donc le 24 août devant le Tribunal correctionnel qui, se déclarant insuffisamment renseigné sur l'état mental du prévenu, ordonna un nouvel examen de l'état mental, dont je fus chargé.

En ce qui concerne les antécédents héréditaires de G..., le premier expert a déclaré que « le père de G... est alcoolique, sa mère peut-être aussi, un oncle serait mort paralytique ».

Or, j'ai constaté directement qu'à la fin du mois d'août 1907, le père de G... était non seulement alcoolique, mais en pleine excitation maniaque avec idées de satisfaction. Déjà, à la fin de juillet, après l'arrestation de son fils, il se rend au chef-lieu pour demander son élargissement. Il téléphone au chef du Parquet qu'il ait à l'attendre à son cabinet à 5 heures. Il va réclamer tapageusement son fils à la porte de la prison, achète en ville un fusil Chassepot, et ainsi armé se promène, en clamant qu'il saura bien se faire rendre son fils. Il est arrêté et finalement remis en liberté. Au mois d'août, je le trouve à son domicile, il veut que j'examine tous ses papiers, il me fait admirer deux fusils de guerre qu'il a achetés pour aller à la chasse, il m'en montre le maniement en se démenant comme un forcené et en commandant militairement, il va chercher des pommes de terre, des poules, des dindes pour me faire admirer l'excellence de ses produits, il exhibe avec orgueil une photographie tirée le jour de l'esclandre de Belley, il y figure en redingote et me fait admirer son grand air. Quand il fait du soleil, le père G... qui est homme d'équipe, à la retraite depuis peu de temps, prend une belle ombrelle blanche pour se promener. Il va se rendre, dit-il, à l'Élysée, inviter le

Président de la République à une promenade en fiacre aux endroits où il a enlevé les barricades sous la Commune. Ces propos, ces gestes sont le résultat de l'excitation maniaque, car G... n'est pas ivre lors de ma visite. Quant à la mère de l'inculpée, elle donne des signes non équivoques de débilité mentale. J'ai bien de la peine à l'empêcher de mettre un poulet dans ma voiture, elle compte sur ma complaisance pour tirer son fils de prison et le faire interner dans un asile pour quelques mois, le temps moral nécessaire pour sauver les apparences. Au village, tout le monde la traite de vieille folle ; on la voit se promener suivie de son mari qui la force à chanter des cantiques. D'origine prussienne, elle se vante d'appartenir à une famille jadis illustre, elle m'appelle noble seigneur, et parle de sa toute-puissance, etc. Sur la famille de la mère, il n'y a pas de renseignements précis ; du côté paternel, sur deux frères, l'un est mort complètement « paralysé » à l'Hôtel-Dieu de Lyon. L'autre est bien portant et a des enfants sains. Les époux G... n'ont pas eu d'autre enfant que l'inculpé. Les faits qui viennent d'être exposés permettent de dire que celui-ci est fils d'un père actuellement atteint d'aliénation mentale et d'une mère atteinte de débilité mentale.

L'histoire personnelle de G... révèle des faits intéressants. Né le 4 novembre 1882, il ne semble pas avoir fait jamais de maladie grave. A treize ans, il a été mordu au bras par un chien ; à quinze ans, on signale une fracture du péroné droit et du radius gauche. La guérison se fait sans accroc. G... a fréquenté l'école dans des conditions normales, il en est sorti avec son certificat d'études primaires. Deux surnoms qu'on se plaisait à lui donner, celui de petit fou et de momie, semblent cependant indiquer chez l'enfant des bizarreries de caractère. G... apprit ensuite le métier de maréchal-ferrant, et s'engagea à dix-huit ans dans un régiment de cavalerie. Après quelques jours de service, il crut comprendre qu'il ne pourrait arriver au grade de brigadier maréchal-ferrant qu'après avoir rengagé après sa libération ; il conçut de cette constatation un certain dépit et résolut de se faire réformer. Il simula pour cela une incontinence nocturne d'urine et fut réformé en effet

après cinquante jours de service. Chez lui, il mouillait son lit à certaines époques, parce qu'il attendait les gendarmes chargés de faire une enquête en vue du conseil de revision, auquel, quoique réformé comme engagé, G... devait se présenter à vingt ans; à la prison de B... l'incontinence d'urine était continue. Placé à l'asile après l'ordonnance de non-lieu, G... avoua avoir simulé l'incontinence d'urine, d'abord pour se faire réformer, ensuite pour n'être pas repris à la circonscription, enfin en prison pour s'attirer par sa misère physiologique l'indulgence des juges. A l'asile, il préféra avouer sa simulation, pour éviter de coucher dans un lit de gâteaux, et effectivement, il ne mouilla plus jamais sa literie.

A son retour du régiment, G... acheta dans un quartier élevé, dit quartier d'Autriche, à peu près 25 mètres carrés de terrain pour la somme de 40 francs, et avec l'aide de son père, il construisit sur cet emplacement une maisonnette qu'il baptisa du nom pompeux de « Villa d'Autriche » et s'y installa en 1902. Dès l'année suivante, il demanda une réduction de ses impôts (4 fr. 26) et ensuite une exonération totale, sous prétexte que la maison était restée quelque temps inhabitée. N'ayant pas réussi dans cette démarche, il s'adressa à des hommes politiques pour obtenir un emploi dans l'administration des Postes et Télégraphes. Il n'obtint que des promesses et, dès lors, se fixa dans son cerveau l'idée qu'il était berné, sacrifié, lésé. Il adressa requêtes, sur requêtes à différents ministères, demandant de tous côtés une compensation. Les différents ministères furent, selon l'expression du préfet, assaillis de requêtes. L'expression n'a rien d'exagéré, quand on considère que la concubine que G... avait laissée à la Villa d'Autriche, montrait avec fierté plusieurs liasses de lettres émanant de divers ministères et d'un certain nombre de députés, en réponse aux requêtes de G... Cependant celui-ci continue à écrire, à récriminer. Il entreprend en outre de faire rendre justice à sa compagnie qui aurait été lésée dans ses intérêts par son mari et son père. Plus de soixante lettres à ce sujet sont au dossier, elles sont tantôt écrites par lui, tantôt par sa compagnie sous sa dictée. Ces lettres restant sans effet, G... procède par voie d'affiches manuscrites qu'il

appose sur les murs du village. Ce sont des « proclamations », des appels à ses « concitoyens et concitoyennes » ; il expose sa « pensée » en dissertations prolixes et emphatiques sur les questions de politique ou de sociologie. Dans sa chambre est une grande malle pleine de ces affiches, dont beaucoup ont jusqu'à 1 mètre carré de surface. Il suffira de citer un extrait d'un de ces factums : c'est une affiche sur papier bleu mesurant 1 m. 50 de haut, sur 0 m. 50 de large ; elle est ainsi conçue :

« Messieurs et Vaillants Habitants d'A...
 « Mes chers Citoyens et Citoyennes.
 « J'ai l'honneur de Vous Adresser
 « Quelques Unes de Mes Pensées ?
 « Lisez tous les Patriotes Du Vatican.
 « Pour les Elections du 1^{er} Mai. Les Patriotes du
 « Vatican c'était bien Promis de Nous faire Echoné
 « par Leur 3^e liste. Mais Leurs Calculs sont Vains, la
 « Force était dans Nos Mains. Avec Courage au Cœur
 « Nous Avons Remportez la Victoire...
 « Compatriotes Nous Continuerons avec Ardeur
 « à Travailler sérieusement pour le Pays Reconnaiss-
 « sant.
 « G... Fils Propriétaire de la Villa d'Antriche...
 Honneur... Patrie. »

D'autres affiches sont agressives, violentes, dénoncent des dénis de justice dont G... se dit victime. Ces pièces prouvent que depuis longtemps G... se croit persécuté. Pour suivre l'évolution de son délire qui, en fin de compte, est communiqué à sa concubine Clémence G..., je dois parler ici de celle qui joue un rôle passif dans ce délire à deux. Clémence, qui depuis deux ans vit avec l'inculpé à la Villa d'Antriche, n'a pas tardé d'entrer complètement dans les vues de son amant. Quoique de vingt ans plus âgée que lui, elle rêve d'un avenir brillant quand l'heure de la réparation aura sonné. On pourra alors, à défaut d'un emploi, obtenir « une place de député » et, résidant à la Villa d'Antriche, Clémence surveillera l'exploitation du domaine de son père qui est tout proche. Mais ici se produit un nouvel accroc. Le père de Clémence, vieux et infirme, en outre brouillé avec sa fille, aliène son

bien contre une rente viagère. Or, à la mort du père, Clémence doit toucher 500 francs qui lui reviennent de la succession maternelle. Dès lors, G... fait comprendre à Clémence que ce capital devient immédiatement exigible en raison de l'aliénation du gage. Ce sera là le thème de plus de soixante requêtes que G... et sa compagne adresseront à l'autorité judiciaire : et voici que par surcroît une condamnation vient frapper les deux amants dans des circonstances qui mettent le comble à leur exaspération. Etant partis ensemble pour chercher du travail, Clémence entre en cours de route dans une épicerie pour demander un renseignement, prétend-elle. Par pitié pour son dénuement, on lui donne quelques figues, elle rejoint son amant et lui met les figues dans sa poche. Là-dessus, un agent dresse procès-verbal et G... est condamné avec Clémence à dix jours de prison avec sursis pour mendicité en réunion. L'effet produit par cette condamnation se devine. Il y a là un nouvel aliment à la verve de G... qui passe des nuits à écrire des requêtes pour obtenir l'annulation de ce jugement ; il en expédie souvent plusieurs dans la journée. Il dicte au procureur des « conclusions » qu'il espère bien que ce magistrat soutiendra ; il faut reviser le jugement, mais surtout il faut poursuivre sans merci le père de Clémence, ce voleur, ce tortureur, etc. Pour faire marcher le ministère public, on lui donne de « l'Excellence », voire de « l'Excellentissime » ; mais le respect dans la forme ne nuit pas à la fermeté des revendications qui prennent peu à peu un ton comminatoire. Le 26 juillet on écrit : « Mon Procureur, j'ai à vous reprocher votre négligence « à me répondre, appliquez la loi à mon agresseur le « sieur G..., étouffez-le dans la prison pour expier ces « crimes horribles, etc. » Une autre fois G... écrit : « Je vous informe que je persisterai jusqu'au bout, car « j'ai prouvé mon innocence » ; et ensuite sur une carte postale illustrée représentant la Villa d'Autriche, G... traite les magistrats de « maquignons à Deibler » et menace de verser leur sang.

Après l'arrestation, les requêtes sont plus modérées, G... s'excuse d'avoir demandé un emploi en termes trop vifs ; dorénavant il sera calme et *bon fonctionnaire*, M. le Procureur peut sans crainte lui procurer un emploi.

Il est impossible d'achever le chapitre des antécédents personnels de G... sans reparler de sa « Villa d'Autriche ». — Cette villa a une réputation régionale et personne à A... n'est surpris quand un étranger en demande le chemin, car G... l'a rendue célèbre par des cartes postales illustrées tirées à 4.000 exemplaires et déposées chez tous les marchands. Une simple visite à la Villa suffit d'ailleurs pour fixer le visiteur sur l'état mental du propriétaire. Au-dessus des deux portes d'entrée de cette bicoque sont fixées des plaques en cuivre portant l'inscription suivante : « Villa d'Autriche, G... fils, propriétaire à A en B... » Un timbre en caoutchouc portant la même inscription sert à G... à faire ses en-tête de lettres. Avec ce papier, G... correspond avec des maisons d'Amérique; ses lettres sont signées « prince d'Autriche » et les réponses lui arrivent avec ce titre sur l'enveloppe. Une horloge encastrée dans le mur étale son cadran sur la façade principale et donne à l'édicule des prétentions de monument public, une cloche avec une grosse chaîne est fixée sur la même façade pour compléter l'illusion. Au-dessus d'une espèce de sous-sol, la chambre unique de l'édifice renferme un lit, une table, quelques chaises et des malles. Si le mobilier est modeste, la décoration de la pièce est significative. A côté de quelques photographies de famille, on voit « la liste de tous les magistrats avec lesquels tout Français peut correspondre en franchise postale ». Plus loin, c'est la liste des jours fériés, c'est le plan, avec toutes indications de longueur, de largeur, de courbes, du chemin qui passe devant la Villa; ce sont des billets de loterie dont les millions tirent les yeux, c'est une affiche manuscrite sur un sujet politique, électoral. J'en passe... Mais je dois mentionner cependant une grande affiche qui occupe une place d'honneur. C'est un long dithyrambe sur la Villa d'Autriche, « la gloire du département, l'orgueil de la cité, cette villa si blanche, si belle, qui est sortie de terre en 1902, année qui sera mémorable dans les annales de la région... ».

Clémence entretient la propreté dans ce petit temple avec un soin jaloux, il faut que tout soit en ordre pour le maître dont elle se dit l'humble servante, l'esclave, au point qu'elle ne fait rien sans un ordre spécial de lui.

Elle était, affirme-t-elle, prédestinée à le servir, car alors qu'elle avait déjà vingt ans et que G... n'était pas né, la mère de celui-ci lui a dit un jour : « Si j'avais un garçon il serait pour toi, tellement je te trouve gentille. » Et ce garçon est né l'année suivante. Aussi l'aime-t-elle intimement et si tout le monde le trahit, déclare-t-elle, elle ne le trahira pas.

On voit que, de même qu'au délire raisonnant de persécution de G..., il se mêle de vagues idées de grandeur, de même il se glisse dans les idées que Clémence a reçues de son compagnon, quelques tendances érotiques.

A l'examen direct, G... apparaît comme un jeune homme de haute stature, mais mince, élancé, de musculature un peu molle. Il présente comme stigmates physiques une voussure exagérée de la voûte palatine, une absence de lobules de l'oreille, et une malformation du canal de l'urèthre, qui en arrière du méat est, sur une certaine longueur, divisé par une cloison en deux canaux juxtaposés. Le tremblement alcoolique signalé par le premier expert n'existe plus. G... répond volontiers aux questions, il déclare que s'il a écrit des injures et des menaces à des magistrats, c'est de dépit de n'avoir pu obtenir l'emploi promis. Il ne veut pas comprendre que son attitude va à l'encontre de son but et me prie d'intervenir pour qu'il obtienne au moins un modeste emploi de 1.200 francs à 1.300 francs ; néanmoins, il n'a pas complètement renoncé à l'idée de devenir député. Quand je lui parle de la Villa d'Autriche, sa figure s'illumine, il est ravi de voir que j'ai entre les mains les cartes postales illustrées qui la représentent. Son idée obsédante, c'est d'avoir un emploi. Il en demande un aux ministres, au préfet, au juge d'instruction, au procureur ; il se contenterait au besoin d'une place d'infirmier, mais on lui doit un emploi quelconque, puisqu'on le lui a promis. A défaut d'emploi, on ne peut moins faire, dit-il, que de l'exonérer d'impôts, de lui donner une patente gratuite, et de réparer l'erreur judiciaire dont il a été victime.

Toutes ses réponses dénotent une certaine débilité mentale et un manque de jugement joints à une ténacité malade à poursuivre un but impossible à atteindre :

d'où ses incessantes requêtes, ses lettres injurienses et enfin les menaces de mort qui ont motivé son arrestation.

Il s'agit bien là d'un dégénéré, ainsi que l'a dit le premier expert; mais sur ce fond de dégénérescence et de débilité mentale s'est greffée une vraie psychose à la suite d'insuccès de démarches pour obtenir une exonération d'impôts et un emploi dans une administration. G..., se croyant persécuté, est devenu persécuteur et a passé par les différentes étapes du délire raisonnant des persécutés persécuteurs. Nous avons vu aux simples requêtes succéder les lettres injurienses, les affiches, pour protester publiquement, et enfin les menaces. Nous avons vu ce délire se communiquer à celle qui vivait dans une intimité complète avec G..., et ce couple faire de la folie à deux ainsi que cela arrive souvent dans ce cas.

Ma conclusion fut que G..., atteint de délire raisonnant des persécutés persécuteurs, greffé sur un état de dégénérescence et sur un fond de débilité mentale, était, au moment où il a commis les actes à lui reprochés, dans l'état visé par l'art. 64 du Code pénal, et que son état le rendait dangereux pour l'ordre et la sécurité publics. G... bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut interné à l'asile de Bourg.

Depuis plus de deux ans que G... est dans mon service, il n'a cessé de protester contre son internement. Il écrit journellement trois ou quatre lettres aux autorités en les accablant d'injures et de menaces. Ces lettres adressées au Président de la République, au président du Conseil des ministres, au président de la Cour de cassation, au préfet du département et au médecin de l'asile, sont interminables, presque toujours injurienses et menaçantes. Je ne citerai qu'un exemple qui en indiquera la forme et le fond.

Bourg, le 13 du 12, 1909.

*« Je suis conscient de mon devoir, seulement je n'ai
« pas les moyens, enfin j'ai sollicité l'assistance judi-
« ciaire. J'insiste incessamment, j'exprime mon droit
« de réhabilitation attendu qu'il résulte que son faux*

« constitue une injustice, il ne songe pas à retirer sa bêtise. »

« Monsieur le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur à Paris.

« La Justice trompée par Adam nuisible à la société, a obéi à son désir et m'a illégalement séquestré. »

Monsieur le Ministre,

« N'oubliez pas que c'est pour menaces écrites de mort sous condition que je suis interné injustement, je demande pour la Justice la révision légitime, je ne veux pas me courber sous le joug d'Adam.

« Faites droit à ma demande de réhabilitation, en cas de refus s'il le faut je serai un futur criminel, c'est formel, qu'on me rende justice ou il y aura des crimes.

« A vous de choisir, c'est à prendre ou à laisser.

« Signé : une victime d'arbitraire et d'injustice G... fils. »

Tout commentaire serait superflu, la forme, le fond, le nombre des lettres (en moyenne vingt par semaine) indiquent suffisamment la place de G... dans le cadre des maladies mentales.

Il est à remarquer cependant que G... est le malade le plus inoffensif. C'est le sourire aux lèvres et en me serrant la main qu'il me remet les lettres dans lesquelles il est à mon égard d'une extrême violence. Il est certain qu'il existe chez lui un besoin de revendiquer qui lui est plus cher encore que les droits qu'il revendique, et qu'aucune concession ne pourrait calmer ce que j'appellerais volontiers ce prurit de revendications, pas plus qu'un argument ne saurait convaincre un délirant, un halluciné.

Quant à Clémence G... qui avait adopté toutes les idées délirantes de G... et qui avait subi son joug au point non seulement de faire tout ce qu'il lui ordonnait, requêtes, lettres aux autorités par lesquelles elle récla-

mais ses droits méconnus comme ceux de son amant, mais encore en était arrivée à ne pas oser faire le moindre travail sans l'ordre du maître, elle était manifestement persécutée persécutrice avec, ainsi que je l'ai dit, une certaine dose d'érotisme. Or, il a suffi de l'arrestation de G... et de l'expulsion de Clémence de la Villa d'Autriche, pour dissiper rapidement ces symptômes morbides. Bientôt, en effet, elle reprit sa vie d'ouvrière, travaillant régulièrement dans une usine, sans plus s'occuper ni de son amant, ni des prétendus griefs contre la justice qui avaient fait l'objet de ses nombreuses requêtes.

Quelques remarques sur la folie à deux, observée dans les deux cas que nous venons de rapporter, trouveront ici leur place. Dans l'observation I^{re}, nous voyons le mari adopter la plupart des idées délirantes de sa femme, du moins les parties les moins invraisemblables de son délire, celles relatives à l'erreur judiciaire et aux motifs pour lesquels les magistrats auraient été circonvenus et influencés par des manœuvres adroites; mais il n'est jamais allé jusqu'à croire à une tentative d'empoisonnement de la part des magistrats. Sous l'influence de ces idées, il adopte un système de résistance à outrance aux arrêts de la justice, dût-il y perdre sa fortune; mais il a toujours réprouvé les violences de gestes et de langage de sa femme et trouve celle-ci trop vive, mais non aliénée. Il est donc moins fortement atteint que sa femme qui est l'élément actif. Lui, sujet passif, n'est, selon l'expression de Lasègue et Falret, qu'un « faux malade, un aliéné par reflet »; aussi a-t-il continué à remplir ses fonctions d'employé à la Compagnie des chemins de fer, de façon très régulière.

Dans l'observation II, c'est encore la folie imposée (type Lasègue et Falret) que nous observons; seulement les conditions d'imprégnation du sujet passif par le

délire du sujet actif sont plus favorables, les deux individus ayant vécu longtemps dans une intimité complète, en dehors de toute autre influence extérieure, et le sujet passif ayant toujours apparu comme moins intelligent et surtout d'une volonté plus faible. Cette condition, d'après Arnaud, favorise particulièrement la communication des idées délirantes. Ce sont ces circonstances qui expliquent peut-être l'attitude de vraie aliénée prise par Clémence G..., et aussi sa prompte guérison après la séparation.

Enfin la mère de G..., qui est atteinte de débilité mentale très accusée, et son père qui avait, au moment où nous avons examiné l'inculpé, un accès franc d'excitation maniaque, n'ont cependant jamais accepté les idées délirantes de leur fils. Il n'y avait entre leur état psychique et le délire raisonnant du fils (en dehors des rapports étiologiques), aucune communauté, aucun lien. Ce n'était pas de la folie simultanée du type Régis, c'est-à-dire de la folie née chez des sujets placés dans les mêmes conditions, sous de communes influences; c'était simplement de la folie coïncidente. Quant à la simulation de l'incontinence d'urine de G..., ce n'est évidemment pas de la sursimulation, mais seulement l'allégation, dans un but intéressé, d'une infirmité physique chez un aliéné.

On peut se demander pourquoi la femme C... (observation I), après avoir bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et avoir été mise à la disposition de l'autorité administrative, n'a pas été internée, malgré les conclusions formelles du rapport. Cela est dû sans doute à des influences locales, à l'intervention de personnes trompées par l'apparence de lucidité de cette malade. Nous avons vu que la femme C... continue à accabler les magistrats de réclamations et de dénonciations. Ceux-ci, fixés sur la valeur de ces agissements, se

sont sans doute décidés à les supporter tant qu'il n'y aura pas de voies de fait nouvelles, et l'autorité administrative attend vraisemblablement l'exécution ou un commencement d'exécution des menaces de l'inculpée pour intervenir. Peut-être cette occasion ne se présentera-t-elle pas ; car ces persécutés persécuteurs processifs, ces revendicateurs qui souvent en viennent à des attentats contre la vie de leurs prétendus ennemis, bornent souvent aussi leurs actes à des réclamations incessantes, semblant tenir à leur droit de protester plus encore qu'au triomphe final de leur cause. J'ai toujours été frappé en effet du caractère paisible apporté par les quérulants internés dans leurs relations avec le médecin de l'asile pourvu qu'il leur fournisse le moyen de rédiger et de faire arriver à destination leurs nombreuses requêtes et protestations. Même au dehors, leurs actes de violences ne sont souvent que des moyens détournés pour attirer l'attention de l'autorité sur leur cas. Ce sont des attentats simulés qui doivent les conduire devant la Cour d'assises où ils pourront étaler au grand jour leurs griefs ; car ils sont tellement convaincus de la justice de leur cause qu'ils persistent, malgré de nombreux déboires, à espérer des tribunaux la consécration de droits jusqu'alors méconnus. Ce n'est qu'après avoir épuisé tous les degrés de juridiction qu'ils en arrivent à se faire eux-mêmes justice.

Peut-être cependant y aurait-il quelque témérité à trop se fier à cet état d'esprit particulier. Le moment précis où ces persécutés persécuteurs estiment qu'ils n'ont plus rien à attendre des moyens légaux et où par conséquent ils en arrivent aux violences, ne saurait être prévu, et les exemples d'attentats graves, commis par ces malades laissés en liberté, sont nombreux.

Établissements d'aliénés.

COURS ET EXAMENS D'INFIRMIERS

Par le Dr Edmond CORNU.

La Société médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande vient de publier un « règlement pour l'instruction et l'examen des candidats au certificat d'aptitude à l'assistance et aux soins à donner aux aliénés ».

Cette question est toujours d'actualité ; il nous a donc paru utile de signaler et de résumer ce document d'outre-Manche qui semble constituer une innovation.

Des certificats d'aptitude à l'assistance et aux soins à donner aux aliénés, seront délivrés par la Société médico-psychologique aux infirmiers et aux surveillants qui auront suivi les cours et subi avec succès les examens prévus par ce règlement.

Cet examen se compose de deux parties qui se passent à un an d'intervalle au moins : la première session se tiendra le premier lundi de novembre 1910 pour l'examen préliminaire, et le second lundi de novembre 1911 pour l'examen final.

Chaque candidat au certificat doit avoir servi comme infirmier ou servant dans un établissement consacré aux aliénés et admis par la Société médico-psychologique, pendant un an au moins avant de subir le premier examen, et pendant trois ans au moins avant l'examen final. Ce stage devra être accompli dans deux Asiles an

plus. Pendant ce temps, les candidats y auront suivi régulièrement des cours organisés par le corps médical.

Ces cours comprendront quinze leçons d'une heure la première année et douze leçons les deux années suivantes, années préparatoires à l'examen final. Ils porteront sur l'ensemble du programme, sur l'étude du *Manuel de l'infirmier*, sur les démonstrations des premiers secours. En outre, des examens périodiques, réglés par le médecin en chef, seront subis à l'Asile par les candidats.

Ceux-ci, munis d'un certificat constatant leur stage régulier, l'assiduité aux leçons (neuf leçons au moins sur douze), se font inscrire au secrétariat de la Société médico-psychologique et versent un droit de 5 schellings pour l'examen préliminaire et de 10 schellings pour l'examen final.

Chacun de ces examens se compose d'une partie écrite et d'une partie orale. La partie écrite se passe deux fois par an, à six mois d'intervalle, à l'Asile même ; le temps consacré à cette épreuve est de deux heures pour le premier examen et de trois heures pour le second.

Le sujet de l'épreuve écrite est envoyé par le jury désigné par la Société, et ce jury examinera les copies rédigées sous la surveillance du médecin-chef de l'Asile.

L'épreuve orale est subie devant le médecin-chef et un autre examinateur qui sera un membre de la Société médico-psychologique, médecin-chef par exemple d'un autre Asile. Cette épreuve comprend une partie orale proprement dite et une partie pratique.

Les candidats qui auront satisfait aux épreuves recevront un certificat modèle A ou modèle B, suivant qu'ils auront subi avec particulièrement de succès les épreuves. Ils pourront, en outre, porter les insignes de la Société.

Les noms des candidats et des diplômés sont inscrits sur un registre spécial tenu à jour par la Société ; les

fautes commises par les infirmiers : fautes professionnelles, écarts de conduite, inculpations, délits divers y sont inscrits, et le Conseil de la Société décide s'il y a lieu de déclarer l'indignité du candidat à jouir du certificat. En un mot, ces motifs peuvent entraîner l'ajournement du candidat, la suppression du certificat qui allait lui être délivré, la radiation définitive ou temporaire du registre. — Chaque membre de la Société médico-psychologique est invité à signaler au Conseil les motifs d'exclusion qu'il pourrait connaître contre un candidat ou un diplômé, et le Conseil prévient l'intéressé et décide de son exclusion ou non.

Le programme des cours et des examens ne présente pas de particularités, pour l'examen préliminaire du moins. Il comprend :

1° Etude sommaire de l'anatomie et de la physiologie (à l'exclusion du système nerveux).

2° Premiers soins à donner :

Hémorragies ;

Traitement d'urgence des plaies ; aseptie, antiseptie ;

Shock et collapsus, attaques, crises convulsives ;

Brûlures, gelures, piqûres, empoisonnement, asphyxie, noyade, strangulation, etc. ;

Respiration artificielle ;

Corps étranger de l'œil, du nez, des oreilles ;

Premiers soins à donner à un blessé : transport, pansements.

3° Eléments d'hygiène.

L'examen terminal porté sur tout le programme précédent et sur des questions complètes de médecine générale :

Température, fièvre, insomnie ;

Affections de la peau, des muscles, des articulations ;

Syncope, œdèmes, phlébite, varices, ascite, anémie, othématome ;

Toux, expectoration ; température, pouls ;

Indigestion, vomissements, diarrhée, constipation, hernies, etc. ;

Urines, coma, convulsions, menstruation ;

Maladies infectieuses : érysipèle, septicémie ;

Physiologie et anatomie élémentaires du système nerveux : anesthésie, paralysies, tremblements, convulsions, etc. ;

Sensation, perception, mémoire, jugement, volonté attention ;

Troubles mentaux : hallucinations, délires, confusion, obsessions, agitation, dépression, etc. ; incohérence, impulsion, sitiophobie, tendances à l'homicide et au suicide ;

Principales formes des maladies mentales ;

Principes d'hygiène ;

Administration des médicaments ;

Eléments de diététique ;

Petite chirurgie et appareils ;

Assistance et traitement des aliénés des diverses catégories : observation, conduite à tenir dans les différents exercices de la journée, attitudes à garder, relations avec les familles, etc.

L'initiative de la Société médico-psychologique d'Angleterre apparaîtra certainement intéressante et louable ; l'autorité légitime dont jouit la Société donne en effet aux diplômes qu'elle décerne une valeur toute spéciale, et cette innovation mériterait d'être imitée. Tout semble prévu pour la constitution d'un corps d'élite et à cela on ne peut qu'applaudir : stage obligatoire, instruction professionnelle donnée dans des cours réguliers, interrogations périodiques, examen central, épreuves sérieuses et répétées, jugées par une Commission inconnue des candidats, constitution d'une sorte de tableau de mérite, etc. Les renseignements obtenus auprès de la

Société sur un candidat diplômé semblent bien, dans de telles conditions, assurer de façon efficace la valeur du choix qui pourra être fait, et l'importance de ce fait n'échappera à personne.

En cette matière d'enseignement à un public spécial, il faut ne pas compliquer, et cela est vrai autant pour les détails scientifiques du programme que pour le mode des examens. La Société médico-psychologique semble avoir établi une procédure assez simple, tout en assurant un prestige suffisant au diplôme ; elle fait justement appel au zèle et à la compétence de tous les médecins, et de cette association peuvent naître des résultats conformes aux aspirations des promoteurs de cette réglementation. Mais tout progrès est avant tout une question budgétaire, et celui relatif aux infirmiers est loin de faire exception : il est donc à souhaiter que les pouvoirs publics de tous les pays secondent l'action médicale et permettent, par un relèvement des crédits, de reconnaître et d'encourager des résultats professionnels dont chaque médecin a constaté l'utilité.

Cette utilité apparaît plus évidente à l'Asile qu'à l'hôpital. L'Asile est en effet privé d'un nombre suffisant d'internes et d'externes, et la surveillance, les actes médicaux — pourrait-on dire — n'ont pas d'heures fixes comme à l'hôpital. Alors qu'à l'hôpital les malades en petit nombre dans un service sont en cours de traitement actif, exigeant surtout une intervention du médecin le matin, intervention continuée par l'interne et trop spéciale, trop médicale, pour être confiée à un personnel infirmier, il s'agit dans les Asiles d'une agglomération d'hommes non alités, évoluant dans des services divers et pouvant nécessiter à toute heure des interventions médicales menues. Nulle part le rôle de l'infirmier ne s'inspire davantage de cette considération et, à l'Asile plus qu'à l'hôpital, l'infirmier est le colla-

borateur du médecin. C'est lui qui doit le renseigner, c'est lui qui doit signaler les troubles physiques, les variations mentales, préparer l'action médicale en un mot.

Si les Asiles perdent peu à peu leur réputation de garderie, si de plus en plus ils ressemblent à des hôpitaux, s'ils ouvrent leurs portes et si de plus en plus on « traite » les malades au lieu de les « garder », n'est-il pas nécessaire — par parallélisme — que le « gardien » devienne un « infirmier » ? Il importe donc que le personnel des Asiles soit instruit et éclairé sur son rôle. Mais l'ambition des programmes entraîne avec elle l'ambition des diplômés, leur mégalomanie même, a-t-on pu dire, et par contre-coup leurs exigences. Exigences compréhensibles en somme et qui se résument à la conquête d'une situation, avec une perspective d'avenir et une retraite assurées. Il est assez anormal de voir que de bons infirmiers convoitent chaque jour un poste de gardien de la paix, de palefrenier aux haras, de gardien de prison, en raison du traitement privilégié qui est dévolu à ces fonctions et de la retraite qui est assurée à leurs membres. Il est étrange qu'une instruction générale au moins égale soit exigée dans ces diverses fonctions et que des malades qui ont le droit de jouir des bienfaits de l'éducation générale et de l'instruction professionnelle des personnes aux soins desquelles ils sont confiés, risquent d'en bénéficier à un degré moindre que des prisonniers ou des chevaux. Des améliorations doivent être apportées à cette situation décriée, sans quoi la difficulté existante du recrutement pourrait se compliquer de la qualité moindre des recrues.

Assurance d'une situation matérielle honorable avec réglementation du travail, service de jour et de nuit, heures de loisir indépendant, constitution d'une retraite par versements combinés de l'infirmier et de l'Asile,

création de cercles et d'habitations indépendantes (1), comme l'exemple nous en est donné à l'étranger : c'est dans ce sens, plus encore que dans celui de l'augmentation directe des salaires, que s'oriente ou doit s'orienter l'attention des administrations.

Une réalisation immédiate plus à portée de nous, et se combinant avec des exigences légitimes relatives à l'instruction, ne consisterait-elle pas, par exemple — nous nous le demandons — dans la création d'une fonction d'« infirmier » et une de « servant » ? Aux premiers avec un traitement légèrement supérieur, avec une situation sensiblement plus indépendante, serait confié le service des infirmeries, des pensionnats, des quartiers d'observation. À eux pourraient être confiés les transferts et parmi eux, sans que cela fût un droit, pourraient être recrutés les chefs de quartier. Ils constitueraient comme un corps de maîtres-ouvriers. Une majoration de salaire, acceptée par le personnel, n'existe-t-elle pas déjà dans certains asiles pour les infirmiers chargés de services analogues, tels que celui des quartiers d'agités, gâteux, malades, en un mot des hospitalisés réclamant davantage des secours médicaux ? Cette double fonction existe dans certains hôpitaux civils, ceux de Lyon par exemple, et dans des hôpitaux militaires. Une rivalité sourde naîtrait peut-être entre ces deux groupes d'infirmiers et servants, employés jadis confondus et égaux en solde : c'est la critique habituelle de l'idée de progrès, de sélection, de spécialisation, et ici du moins les moyens sont simples et offerts à chacun de conquérir la place désirée qui constitue par ailleurs une amorce à l'émulation et à l'effort.

Sans doute on pourra objecter encore qu'en admet-

(1) Belletrud et Mercier. *Annales méd. psych.*, juillet-août 1905, p. 49.

tant que ces infirmiers diplômés continuent la carrière, ils trouveront dans les maisons privées des situations préférables et quitteront l'asile. Sur 133 infirmiers mâles diplômés, dit M. Cullerre (1), à propos du rapport médical de l'asile de Mac Lean, 55 ont continué le métier et 16 seulement sont restés dans le service. Le nombre des candidats est déjà intéressant par lui-même et, outre que la profession a vu ainsi la valeur de ses membres s'accroître, l'asile a du moins bénéficié de la présence pendant un certain temps de ces infirmiers diplômés; il a retiré bénéfice du niveau intellectuel, de l'éducation professionnelle, de l'émulation suscitée entre tous et il appartient en somme aux asiles de retenir ces candidats que d'autre part ils distinguent. Si des maisons de santé privées avaient du reste un personnel plus instruit, n'y aurait-il pas des raisons pour que les pensionnats tout au moins de nos asiles améliorent leur recrutement? Cet exode d'autre part serait-il aussi facilité en France où, à l'encontre des Etats-Unis, l'exercice de la médecine n'est pas libre et la profession isolée peu lucrative parce qu'assez peu sollicitée? Et d'ailleurs pareille instabilité existe déjà dans la plupart de nos asiles avec un personnel nullement ambitieux ou spécialisé et plutôt déclassé.

Il est incontestable que seuls des candidats munis d'une instruction générale moyennée sont aptes à suivre utilement la scolarité désirée. Peut-être objectera-t-on que le recrutement du personnel infirmier en Angleterre s'opère dans un milieu plus instruit, mieux préparé par conséquent à acquérir l'instruction professionnelle désirable. A cela nous ne saurions rien répondre, mais la constatation personnelle de la possibilité d'instruire de façon utile une partie du personnel habituel de nos

(1) *Ann. méd. psych.*, mars-avril 1903, p. 253.

asiles nous fait partager les espérances de la Société médico-psychologique anglaise. C'est à ce titre seul que nous indiquerons ci-dessous l'organisation d'un cours élémentaire d'enseignement professionnel tel que nous l'avons vu fonctionner.

Le programme d'un cours d'infirmiers est vaste ; serré de près, il comporterait la matière d'un examen scientifique sérieux et inaccessible alors à des esprits mal préparés, mais son sommaire étendu n'implique pas que des données trop scientifiques ou une pratique trop spéciale soient exigées. Le nombre même des leçons, nombre assez restreint puisqu'il ne porte que sur un total de 39 leçons en trois années de cours, indique assez la nature de l'enseignement qui sera donné en Angleterre et l'écueil qu'a su éviter la Société médico-psychologique. Il ne peut s'agir évidemment que de notions sommaires, sortes de formules expliquées au milieu desquelles l'esprit risque moins de s'égarer. Un programme trop chargé a pu parfois manquer le but : c'est ainsi que l'hôpital de Boston, avec quatre-vingt-deux heures de cours dont deux heures consacrées uniquement à la bactériologie, exagérerait apparemment, semble-t-il, la portée désirable et manquait de visée. Il y aurait danger à forcer les programmes : il y a à la fois à compter avec le nombre restreint de sujets pouvant suivre de tels cours, et avec la création de demi-savants et de mégalomanes trop portés à l'initiative.

Sur l'inspiration et avec les conseils de M. le D^r Girma, médecin-directeur de l'asile de Pau, où nous étions médecin adjoint, nous avons organisé des cours d'infirmiers durant quatre périodes d'hiver. Cet enseignement, donné par un ou deux internes et par le médecin adjoint, a compris 25 leçons la première année et 15 leçons les années suivantes.

Tous les infirmiers et infirmières y furent conviés

dès la création : 23 infirmières et 18 infirmiers s'inscrivirent sur la liste qu'on fit circuler parmi eux. Il importait de ne pas rendre obligatoires les cours, et d'autre part il était délicat et plein d'inconvénients de choisir les auditeurs. Pour trancher le cas, on pourrait cependant, par un examen écrit portant sur les choses du service, juger de l'aptitude des candidats. De la sorte nos infirmiers furent du moins les seuls juges de leur aptitude à suivre des cours et de leur désistement : certains, après curiosité satisfaite ou après découragement, ne vinrent plus aux cours ; mais 11 infirmières et 8 infirmiers furent jusqu'au bout des élèves régulièrement assidus. Au surplus, les religieuses chargées de la surveillance des malades assistèrent au nombre de 8 aux cours.

Les leçons avaient lieu deux fois par semaine, le soir, et des explications pouvaient être données sur le tableau noir et sur des schémas que nous avions dessinés ou fait dessiner sur de grandes feuilles. D'autre part, la première année, ces élèves assistèrent une fois par semaine à des cours analogues qui furent faits au personnel de l'hôpital de Pau, par les médecins chefs de service. Une saine émulation naquit de ces contacts, et nous nous souvenons avec plaisir, à distance, des efforts reconnaissants que témoignèrent tous ces élèves et des résultats qu'ils obtinrent. Leur désir de s'instruire fut réel et nous pûmes mettre entre leurs mains un exemplaire de manuels spéciaux pour infirmiers et nous rédigeâmes un résumé des soins généraux à donner aux aliénés dans les diverses circonstances de leur vie hospitalière, qui fut imprimé sous forme de brochure et distribué.

Les cours divisés en trois séries comprenaient : 1^o Les notions sommaires d'anatomie et de physiologie avec recherche soignée de toutes les applications pratiques (circulation : anémie, syncope, hémorragies et leur

traitement; système osseux : fractures, transport des malades, etc.); 2° soins généraux à donner aux malades, soins spéciaux à donner aux aliénés (programme répondant au résumé fourni par le Manuel distribué); 3° principes d'hygiène, petite chirurgie, appareils et pansements, administration des médicaments.

Les cours duraient une heure et comportaient, avec une récapitulation des leçons précédentes, des explications sous forme d'interrogatoire : de la sorte, l'esprit était toujours tenu en éveil.

Un examen pour l'obtention d'un diplôme d'infirmier fut organisé par l'administration de l'hôpital de Pau, et les élèves de l'asile y prirent part et obtinrent le diplôme avec d'excellentes notes. Nous constatâmes avec satisfaction, avec le jury dont nous faisons partie, qu'ils avaient cherché à s'instruire sur des ouvrages spéciaux et appris plus que nous ne leur avions enseigné.

Une sanction couronna ces efforts. La suppression de l'augmentation automatique des salaires par ancienneté ayant été remplacée par l'avancement au choix, l'obtention du diplôme entra comme élément d'appréciation. D'autre part, deux postes de chefs de quartier furent attribués à deux de nos diplômés, méritants par ailleurs. Deux employés occupés depuis plusieurs années aux services annexes (agriculture) où ils seraient restés encore sans aucun doute, furent des plus assidus et des plus appliqués; ils se signalèrent de façon particulière et ce fut une révélation de voir les résultats auxquels ils étaient arrivés: depuis ils sont devenus chefs de quartier et constituent une bonne recrue pour l'asile. Cet avancement est double pour eux, car dans les services annexes le traitement est fixe et non soumis à augmentations progressives.

Ainsi s'est trouvé constitué un noyau plus instruit

dont nous avons en plusieurs occasions éprouvé la valeur utile. Sans doute il y eut bien quelques moqueries, puis de la jalousie et une rivalité sourde, surtout chez les femmes; mais nos candidats ne se lassèrent pas et aucune injustice n'étant commise à l'égard de leurs camarades qui avaient été invitées aussi bien à suivre les cours, tout resta dans l'ordre. Ces candidats plus intelligents se trouvaient d'autre part parmi les meilleurs infirmiers, et leur mérite d'abord jaloué fut reconnu.

Tel fut le programme de la première année. Les années suivantes, le cours fut rendu obligatoire pour les chefs de quartier et les diplômés; en même temps, des recrues nouvelles y furent admises. De la sorte, nous avions la perspective de maintenir un noyau plus instruit et de compléter son éducation professionnelle. Les leçons eurent lieu une fois par semaine, à un jour où tous les élèves se trouvaient libres — car ils jouirent à ce même temps du repos hebdomadaire. Le programme porta sur des revisions, des interrogations et sur un enseignement complémentaire d'année en année. C'est ainsi qu'un manuel plus important leur fut confié et qu'une série de leçons fut donnée sur les qualités morales de l'infirmier, sur les soins à donner aux aliénés dans tous les exercices de la journée et dans les diverses circonstances, sur l'attitude à avoir avec les différentes catégories de malades, sur les relations avec les familles, sur l'ordre, l'économie et aussi sur l'aménagement agréable des salles, etc. En même temps, des notions sur les divers groupes de maladies mentales, sur les variations psychiques à discerner et à signaler furent enseignées. Outre les interrogations à chaque leçon et les questions posées le matin à la visite à l'occasion d'actes médicaux, un examen était subi à la fin de l'année devant M. le Directeur et le corps médical.

Pour compléter ce cours, il serait peut-être intéressant que l'Econome d'un asile instruisse en deux ou trois leçons les infirmiers sur leur service administratif, sur les économies à faire, sur les simplifications à apporter, sur l'emploi ou l'usage de nouveaux procédés et produits, etc. Il y aurait trop à faire si à côté de cet enseignement professionnel complet auquel on pourrait ajouter quelques leçons d'enseignement moral professionnel, on voulait, comme la chose en viendrait à l'esprit, en constatant le faible degré d'instruction de la plupart des infirmiers, renouveler les leçons de l'Ecole primaire. Dans quelques cas toutefois, avec la bonne volonté des élèves et sur leur désir, la tentative serait profitable, et ce qu'on a pu rêver à la caserne par les écoles du soir pourrait bien se réaliser dans le milieu plus restreint de l'asile avec l'aide du secrétaire ou des employés des bureaux.

Il est malaisé de peser les résultats de cet enseignement; mais la possibilité d'instruire le personnel d'un asile nous apparaît comme certaine et nous ajouterons que la tâche ne manque pas de satisfaction pour le médecin. Il va de soi que ces résultats sont en rapport avec l'intelligence ou l'éducation intellectuelle des infirmiers, mais nous sommes convaincus qu'une proportion très intéressante est susceptible de s'assimiler ce programme en somme peu abstrait. Modestement, sans s'en faire accroire, les infirmiers devinrent certainement de meilleurs collaborateurs du médecin, et plusieurs circonstances nous permirent de le constater.

Les résultats moraux sont par contre d'appréciation plus facile et à notre portée. De tout temps, l'infirmier était resté étranger, peut-on dire, aux choses de la médecine, aux éléments de sa profession; il est paradoxal mais vrai de dire qu'on lui parle presque de choses absolument inconnues. Son titre même de « gardien »

contre lequel nous nous sommes élevé et qu'il faut supprimer, consacre cet état de choses. Dans nos visites médicales forcément rapides, il ne saisit pas très bien l'ordre médical donné. Instruit, l'infirmier voit combien vaste est sa tâche, il apprécie davantage le médecin dont le prestige grandit en même temps que son propre rôle, il se sent associé à une œuvre, se voit appelé à y contribuer et à y participer, et sans doute on peut croire à une augmentation de son effort pour y satisfaire. Et il n'est peut-être pas déraisonnable de penser qu'en donnant ainsi vraiment un métier au personnel des asiles, on contribuera à sa stabilité. On s'est préoccupé depuis plusieurs années de la situation des infirmiers et on a amélioré certainement leur condition (nourriture, repos hebdomadaire, congés annuels, etc.) sans que la valeur professionnelle se soit améliorée d'autant. C'est de ce jour que la question solidaire de l'amélioration matérielle de la situation se posera d'une manière plus obligatoire ; ce sera commencer de façon raisonnable la pièce par le premier acte.

Si nous avons voulu après d'autres montrer la possibilité de réaliser un programme d'enseignement susceptible de résultats, avec d'autres aussi nous croyons au devoir de rendre plus attrayante, plus sûre, plus indépendante une profession négligée.

Revue critique.

LE TREIZIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ PHRÉNIATRIQUE ITALIENNE

(VENISE 1907)

Par le Dr L. WAHL

Médecin adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne).

Le treizième Congrès de la Société phréniatrique italienne s'est tenu à Venise, au mois d'août 1907 ; mais le compte rendu n'en a été publié que dans le premier fascicule de l'année 1909 de la *Rivista sperimentale di freniatria*. Ce fascicule, de plus de 300 pages, mérite une analyse spéciale pour les travaux importants qu'il contient et qui, malgré leur publication tardive, sont toujours d'actualité.

De très nombreux problèmes ont été abordés dans ce Congrès présidé par le professeur Tamburini. Plusieurs questions générales y ont été traitées avec l'ampleur suffisante ; la première, intitulée « Les altérations des échanges matériels dans les psychoses », avait pour rapporteurs Catola et Pighini. Dans l'état actuel de nos connaissances en chimie biologique, les processus mentaux ne semblent pas se traduire objectivement par des modifications appréciables de la formule des échanges bio-chimiques. La pathologie expérimentale a cependant démontré que les altérations les plus graves du cerveau indiquaient un bradytrophisme plus ou moins intense, mais nous ne connaissons pas encore

le substratum organique de cet état, ni le métabolisme qui y préside. L'hypothèse la plus vraisemblable est que les altérations métaboliques rencontrées dans les diverses psychoses ne sont pas l'effet des lésions anatomiques de l'encéphale, mais bien des causes vraisemblablement toxiques qui engendrent la psychose elle-même. Les résultats des études entreprises jusqu'à ce jour sur les échanges matériels dans les psychoses, sont encore bien contradictoires, les méthodes bien incomplètes et irrationnelles; mais les résultats sont très concordants dans les psychoses d'origine thyroïdienne, dans la phrénose maniaco-dépressive, dans la démence précoce, dans l'épilepsie et dans la paralysie générale; et s'il n'est pas prouvé que ces altérations métaboliques présentent des caractères vraiment pathognomoniques pour chaque maladie considérée, il est cependant rationnel d'admettre que chaque intoxication a ses caractères particuliers.

Ces recherches ont besoin d'être poursuivies, mais avec des méthodes plus rationnelles et plus scientifiques: on doit chercher à établir comment et quand les échanges chimiques de l'organisme dévient du type physiologique, la cause de ces perturbations et leur mécanisme, les liens qui les unissent aux autres troubles pathologiques; l'étude des cytotoxines et des anticytotoxines permet d'augurer des résultats plus fructueux que ceux obtenus jusqu'ici.

La deuxième question générale est l'étude des rapports entre l'alcoolisme et les neuro-psychopathies en Italie. Le Dr Amaldi étudie dans un premier travail les psychoses alcooliques en Italie pendant les années 1903, 1904 et 1905. Une enquête a été faite dans quarante-sept asiles sur la fréquence absolue et relative des psychoses purement alcooliques, sur l'appoint alcoolique dans les diverses maladies mentales, sur le rapport qui existe entre les psychoses alcooliques proprement dites, les psychoses avec appoint alcoolique et les psychoses en général suivant les sexes, les régions et les asiles, les âges et les professions, la fréquence de la récurrence, l'influence des prédispositions héréditaires, les variétés cliniques et les terminaisons. C'est à Vicence que l'alcoolisme paraît le plus fréquent; il est rare dans

la Calabre et en Sicile. Sur 23.915 entrées on a trouvé l'appoint alcoolique 2.256 fois, soit 13,8 p. 100 chez les hommes et 3,4 p. 100 chez les femmes; le maximum a été observé à Ancône. C'est dans la région subalpine: Ligurie, Vénétie, Lombardie, qu'est le maximum des alcooliques; puis viennent la Toscane et l'Emilie. Partout il y a tendance à l'augmentation, les récidives atteignent 54 p. 100 à Coni, 49 p. 100 à Venise. Comme partout ce sont les ouvriers des villes qui présentent le maximum d'alcooliques: 53,6 p. 100 (43,1 p. 100 chez les femmes de la même catégorie); le maximum de fréquence du délire alcoolique est entre trente et un et quarante ans. On observe l'hérédité directe similaire 19,1 p. 100; l'hérédité indirecte par psychopathie 25,1 p. 100 et par autres causes 10,4 p. 100. Le *delirium tremens* existe dans 4 p. 100, les formes aiguës confusionnelles 51,9 p. 100; les formes chroniques délirantes, 34,8 p. 100; la pseudo-paralysie générale alcoolique, 6,9 p. 100. Terminaison: guérison, 35,7 p. 100; amélioration, 30,1 p. 100; état stationnaire, 17,4 p. 100; mort, 11,9 p. 100. Chez l'homme, d'après Amaldi, la paralysie générale vraie serait due à l'alcoolisme d'une façon exclusive dans 13,1 p. 100 des cas et comme appoint 36 fois.

Sur cette deuxième question, le Dr Montesano a fourni un second rapport intitulé: « Des rapports entre la diffusion des psychoses alcooliques et la consommation du vin, de la bière et des liqueurs dans les diverses régions de l'Italie. » Un questionnaire a été adressé par ses soins à un certain nombre de maires de villages sur la consommation des diverses boissons alcooliques, le nombre des débits, les heures d'ouverture et de fermeture de ces établissements, la quantité d'alcool consommé ramené à l'alcool absolu, le nombre des ivrognes; les jours où on les rencontre en plus grande abondance; les rixes et les désordres qu'ils provoquent. Remarquons que la bière est surtout consommée en Lombardie et qu'elle est presque inconnue en Sicile et en Sardaigne; en Vénétie et en Toscane, on consomme des liqueurs, de même dans le Latium. C'est à Pérouse, en Basilicate et en Campanie que l'on boit le plus de vin. Il n'existe aucun rapport constant entre la quantité de

boisson alcoolique consommée et la fréquence de la psychose alcoolique; cela tient peut-être au petit nombre de documents fournis, dont quelques-uns paraissent erronés. Le professeur Bianchi rappelle combien l'alcoolisme est fréquent dans les antécédents des criminels nés, des épileptiques, des idiots et des imbéciles.

Andenino insiste sur le rôle de l'alcool dans l'étiologie de la paralysie générale. Gianotti demande la suppression absolue du vin dans les asiles. Agostini parle de la toxicité de l'alcool méthylique comparé à l'alcool éthylique. Fiorioli de la Lena parle de la lutte antialcoolique à Florence, il insiste sur le danger des liqueurs qu'il voudrait voir prohiber, le vin est pour lui dangereux pour les enfants, les gens nerveux, les femmes enceintes et les nourrices; aux autres, il permet ce liquide, mais à doses modérées; l'alcool ne saurait être un aliment, encore moins un préservatif des maladies; on doit diminuer l'usage de l'alcool en thérapeutique. Comme M. Legrain, il demande la limitation du nombre des débits, la création de buvettes de tempérance, l'augmentation des impôts sur l'alcool, la non-reconnaissance des dettes de cabaret. Comme Augagneur, il voudrait qu'on éloignât les débits des écoles, casernes, ateliers, qu'on interdît l'entrée de l'alcool dans les hôpitaux, écoles, etc., et surtout l'observation rigoureuse de la loi contre l'ivresse. On doit améliorer le sort des masses et créer une propagande antialcoolique et des sociétés de sport et de musique, etc.; transformer l'habitation du pauvre, créer des asiles pour buveurs et les surveiller une fois guéris; création de coopératives de production.

Le Congrès émet les vœux suivants: 1° Que l'usage du vin soit interdit dans les asiles, mais qu'on laisse la faculté aux médecins d'en ordonner comme agent thérapeutique; 2° rendre obligatoire dans les écoles normales l'enseignement antialcoolique; 3° suppression de l'usage du vin dans les écoles publiques et privées et dans les prisons; 4° application rigoureuse de la loi sur l'ivresse; 5° suppression de l'usage du vin dans les asiles, prisons et réformatoires; 6° création d'asiles spéciaux pour le traitement des alcooliques aigus et chroniques; 7° favoriser la création de lignes antialcooliques

et des différentes formes de propagande antialcoolique ; 8° repos hebdomadaire dans les bars et débits ; 9° (sur la proposition de Lombroso), on doit établir des colonies pour épileptiques, enfants et adultes, pour les soigner et les mettre hors d'état de nuire. On peut voir par ce qui précède combien les doléances de nos collègues d'Italie se rapprochent des nôtres.

Le troisième rapport, du professeur Antonini, porte sur le type du manicomie moderne au point de vue architectural. Le savant auteur se prononce pour les asiles de 500 à 600 malades de toutes catégories, à pavillons séparés, rappelant celui de Mendrisio (Tessin), avec une superficie de 20 à 30 hectares, loin des grandes villes et des usines. Les ateliers doivent être placés au centre des bâtiments de traitement, entourés de jardins, mais à portée des services généraux ; l'open-door doit être pratiqué pour les aliénés travailleurs. Chaque pavillon ne doit guère comprendre que 50 à 60 malades, moins encore lorsqu'il s'agit de malades nécessitant une surveillance continue. Ces pavillons et leurs dépendances doivent être limités par des treillages métalliques. Les pavillons de traitement et de surveillance continue doivent être prévus pour un quart des malades aigus, et le pavillon d'entrants prévu par la loi italienne pour les malades venant du dehors, doit être assez grand pour recevoir de 8 à 10 p. 100 des malades aigus. On doit avoir des pavillons spéciaux pour les idiots, les malpropres, les séniles qui ne peuvent pas travailler, les chroniques et les convalescents qui ne peuvent, pour une raison ou pour une autre, aller dans les colonies agricoles, où l'on doit prévoir 15 à 20 p. 100 des malades de l'établissement. Isolement des maladies infectieuses. Dans chaque pavillon, salle de réunion, réfectoire, office, lavabos, salle de bains, petit parloir, water-closets à siphon et chasse d'eau automatique. Des chambres d'isolement doivent y être réservées pour les criards, les agressifs, les dangereux. Dans les quartiers d'agités, verres épais. Chauffage au thermo-siphon ou à la vapeur. Chaque asile doit être pourvu de salle d'autopsie, de laboratoires de bactériologie et de chimie, de cabinet scientifique, et surtout une grande salle d'examen. Antonini recommande les tables en marbre à pieds de bois,

tables de nuit fer et verre, lavabos en ciment armé ou en fer émaillé. Les peintures doivent être faites à l'huile jusqu'à une hauteur de 2 mètres, le pavage en bois, asphalte ou ciment. L'asile tout entier doit être clos par un treillage de faible hauteur, mais une fermeture sérieuse doit être appliquée aux quartiers de criminels, de dangereux et d'agités; cependant, à Mendrisio, sauf pour les agités, il n'y a pas de clôtures.

Le professeur Tamburini rappelle à ce propos les avantages des colonies familiales, et Cristiani discute l'opportunité d'une section criminelle dans chaque asile. Majano prétend que les subdivisions en agités, gâteux, aigus, chroniques, etc., ne sont plus en rapport avec les données de la science; il propose le classement par formes et par nature de traitements. Nous n'avons point à discuter ici l'opinion de Majano, mais nous ne pouvons méconnaître les avantages que nous trouvons à la vieille classification de Pinel, que l'on retrouve fréquemment en Allemagne, sous le nom de *Psycheanstalt* et de *Irrenanstalt*.

De longs rapports ont été consacrés dans ce Congrès à la codification et aux remaniements du règlement général des asiles faits à la suite de la loi de 1902 sur les aliénés. Nos collègues italiens demandent l'établissement de concours professionnels avec un jury spécialisé pour les différents grades de médecins d'asiles: directeurs, médecins primaires et assistants; des médecins primaires doivent faire partie des jurys pour ces deux dernières catégories. La question des retraites les préoccupe également, et ils demandent que l'Etat s'occupe d'un état de choses préjudiciable aux intérêts du corps des médecins d'asiles; ils voudraient un concordat interprovincial qui prendrait cette dépense à charge, et que l'on fasse quelque chose pour les vieux infirmiers; ils demandent également que, comme pour les médecins de l'armée et de la marine, le temps consacré aux études préparatoires comptât pour la retraite. Ils pensent que les aliénés criminels et les criminels aliénés doivent être mis à la charge de l'Etat dans des asiles spéciaux et que, dans l'organisation actuelle des manicomies italiens, les fonctions de professeur de clinique psychiatrique fussent déclarées incompatibles avec celles de

directeur d'asile. Enfin, ils demandent certaines simplifications de la loi en ce qui concerne les entrées et les sorties. Ils croient à l'utilité des colonies familiales pour les déments et les imbéciles, et le Congrès émet le vœu que les instituts de traitement ou d'hospitalisation qui reçoivent des faibles d'esprit ou des déments chroniques soient soustraits à la spéculation des particuliers, individus, sociétés ou congrégations, et remis à l'autorité publique.

Deux rapports ont été consacrés par le Congrès à la question des démences et paradémences : l'un dû au professeur Brugia, l'autre au Dr Muggia. L'hébéphrénie et la catatonie ont bien des caractères communs : l'habitus, le maniérisme, le négativisme, la stéréotypie, l'impulsivité, la terminaison par affaiblissement intellectuel. La forme paranoïde, contestée en Angleterre et même en France, comprend deux variétés : l'une simple et l'autre fantastique, cette dernière correspondait au délire chronique de Magnan. La démence précoce peut guérir d'après certains auteurs. Ballet émet préalablement la question de savoir si elle est exogène ou constitutionnelle. La méthode des tests n'apprend rien sur cette maladie. Baillarger en avait indiqué les caractères primordiaux. « Dans les démences consécutives les idées sont dissociées, les signes en désaccord avec les idées, l'intelligence n'est pas abolie et l'exercice mental reste assez actif. » Tonlouse et Damaye, après Marcé, Parchappe et Séglas, y voient des désagrégations et des dissociations intrapsychiques. Le catatonique et l'hébéphrénique sont très profondément atteints dans leur psychisme, mais le délirant conserve beaucoup plus longtemps une activité intellectuelle considérable. Regis voit dans la démence précoce une forme chronique incurable de la confusion mentale. Cette idée du professeur de Bordeaux coïncide avec les théories de plusieurs autres auteurs. L'incohérence n'est que l'expression objective, mais non subjective, de la confusion. L'incohérence est le trait caractéristique de la démence précoce (salade de mots des allemands), mais les processus psychiques élémentaires y sont conservés (sensibilité, motricité, mémoire, orientation, idéation) et ils ne peuvent augmenter leur patrimoine intellectuel. La démence précoce

est pour Brugia dans le domaine mental ce qu'est l'anarchie dans le domaine social : une paradiénence avec prévalence de la suggestibilité. Histologiquement, il y a pour Klippel atrophie du neurone et involution granulo-pigmentaire anticipée avec dégénérescence diffuse des prolongements. Alzheimer l'appelle une gliose de l'étage profond du cortex.

Muggia définit la démence, l'affaiblissement mental incurable, ce qui est en réalité assez difficile à délimiter. On ne saurait, en l'état actuel des choses, porter au début un pronostic certain sur une psychose d'apparence confusionnelle. L'état démentiel est habituel dans l'hébéphrénie, la catatonie et aussi à la suite d'intoxications exogènes, alcoolisme, pellagre, etc. Dans ces derniers cas, il est habituellement secondaire. D'après certaines statistiques cependant, l'hébéphrénie guérirait dans 8 p. 100 des cas, la catatonie dans 13 p. 100. La forme sénile paraît la plus difficilement curable, car dans la paralysie générale, on trouve parfois des rémissions qui équivalent à de véritables guérisons. La démence paranoïde peut être parfois diagnostiquée dès le début. Il y a lieu de distinguer dans ce cas la paranoïa originaire de la paranoïa acquise.

Le professeur Tamburini déclare que l'on a mis dans la démence précoce bien des états pathologiques, qu'il y aurait lieu d'en dissocier. Majano demande que l'on précise les éléments du diagnostic différentiel entre les paranoïa vraies et les états de démence paranoïde (simple ou fantastique). Agostini indique combien est difficile le diagnostic histologique entre la démence précoce et la démence paralytique. Morselli remarque à ce sujet que la psychiatrie tout entière est actuellement dans un stade transitoire.

La démence précoce est avec la folie maniaco-dépressive la préoccupation actuelle de tous les aliénistes, aussi sont-ce ces deux formes sur lesquelles le Congrès s'est le plus appesanti. Après une communication très courte de Levi-Bianchini sur les symptômes paranoïdes dans les formes hébéphréniques et catatoniques, on a entendu deux observations de démence très précoce dues à Costantini, appares l'une à trois ans, l'autre à quatre. On ne peut rien préjuger, étant donné le trop petit

nombre de cas connus de cette affection; mais on peut croire avec l'auteur que l'attention attirée sur ce point, les observations de cette variété de psychose vont se multiplier.

Ziveri a étudié un certain nombre de considérations statistiques sur cette maladie. A l'asile de Brescia, 25 p. 100 des malades sont des déments précoces; 80 p. 100 de ce nombre sont des hébéphréno-catatoniques, 20 p. 100 des paranoïdes. Le maximum de fréquence est de vingt-cinq à trente ans; l'hérédité est généralement chargée et il intervient comme causes prédisposantes des auto-intoxications, des infections, des traumatismes, des excès; la grossesse, la puerpéralité et l'accouchement jouent généralement un rôle dans cette genèse. 68 p. 100 des sujets paraissaient d'intelligence moyenne, 31 p. 100 étaient débiles, 1 seul phrénasthénique. Zanon étudie les caractères dégénératifs ataviques et pathologiques dans la démence précoce. Il existe constamment des caractères somatiques anormaux chez les déments précoces dont la fréquence varie suivant les formes. Mais ces caractères sont surtout ceux dits pithécoides et atypiques proprement dits, c'est-à-dire les plus graves par leur signification dégénérative. Les plus fréquemment trouvés sont l'envergure surpassant la taille 42,8 p. 100, anomalies de la chevelure 40,7 p. 100, des dents 43 p. 100, de la voûte palatine 25,3, plagiosopropie 21,9, lobule de l'oreille sessile 21,9, plagiocéphalie 19,7, sourcils réunis 17, les oreilles en anse 15,3, calvitie et canitie précoces 14,8, anomalies du nez 14,2, occiput plat 13,1, mâchoire inférieure volumineuse 11,5, sinus frontaux proéminents 10,3, prognathisme inférieur 9,2, rides précoces 8,6. Cette fréquence est égale à peu près à celle que l'on rencontre dans les psychopathies constitutionnelles, il semble donc que la démence précoce relève de ce groupe.

Salerni a indiqué les éléments du diagnostic différentiel entre la neurasthénie vulgaire et celle qui est symptomatique de la démence précoce. Dans cette dernière variété, il n'y a pas ce doute si pénible dans la forme vulgaire et qui peut aller jusqu'à la folie du doute confirmé et des idées fixes impulsives. Au contraire, il existe un affaiblissement de la conscience surtout en ce

qui concerne l'absurdité et le ridicule de l'idée fixe et il n'y a que peu ou point de lutte contre cette idée tyrannique qui peut arriver jusqu'à l'impulsion vraie.

Alberti s'est demandé comment se terminent les démences précoces. Les plus rares sont celles où il n'y a plus ni périodes d'impulsion, ni périodes d'excitation. D'autres fois, la démence ne présente aucun caractère bien spécial autre que l'affaiblissement intellectuel global; on a ainsi un état rappelant l'idiotie, surtout dans les formes qui débutent chez les sujets jeunes. Les formes paranoïdes, tout en présentant les signes de démence incontestables, conservent très longtemps leurs caractères propres, ce qui suffirait d'après Alberti pour légitimer cette forme morbide. On peut donc même au stade démentiel établir encore le diagnostic de la variété telle qu'elle était à l'origine.

Majano s'est occupé des impulsions dans la démence précoce: elles dépendent d'altérations de nature émotive caractérisées par des états subits d'irritation qui s'exacerbent très facilement. D'autres paraissent dues à ce que Kraepelin appelle l'inaccessibilité du malade. L'aridité sentimentale, comme la désigne Kraepelin, ne paraît pas être constante, car beaucoup de déments précoces peuvent inhiber leurs impulsions. Le négativisme existe ailleurs que dans la démence précoce: dans certaines démences paralytiques irritatives par exemple, c'est un acte réflexe réduit à sa plus simple expression, souvent déterminé par des états émotifs fondamentaux que le malade ne réussit pas à dominer; la stéréotypie, le maniérisme paraissent liés à des altérations de la sphère psycho-motrice. Pighini a insisté sur les délits impulsifs commis par les déments précoces au début. Les phénomènes irritatifs par excès jouent un rôle important dans les deux variétés de démence paranoïde, on peut leur comparer les hallucinations psychiques de Baillarger, les hallucinations imperceptibles de Kahlbaum. Sont-ce le résultat d'une intoxication?

Un certain nombre d'auteurs se sont préoccupés de l'anatomie et de la physiologie des déments précoces. Martini a étudié la courbe du travail mécanique externe chez les déments travailleurs: le dément travailleur a

besoin d'un temps beaucoup plus long que le sujet normal pour vaincre l'inertie psychomotrice et pour atteindre le maximum de production. Mais par une sorte de stéréotypie interne il se montre peu atteint par la fatigue et continue longtemps le même travail.

Pighini poursuit ses travaux sur les échanges organiques chez ces malades (Az, NaCl, Cl, Ca, Ph, K, S). A ce point de vue, on peut distinguer deux variétés de démence précoce. Lors des périodes aiguës du début et pendant les poussées subaiguës, le bilan est négatif pour l'azote, le phosphore et le soufre. Dans les phases chroniques, au contraire, il y a rétention de l'azote et du phosphore et perte du calcium et du soufre. Dans les deux phases il y a ralentissement de l'élimination du chlore et des troubles dans celle de l'eau.

A. Perugia a fait des expériences sur l'isotonie des globules rouges dans le sang des déments précoces. Cette isotonie est altérée dans la démence précoce, elle est diminuée dans 38,75 p. 100 des cas. Elle est moyenne et normale dans beaucoup de cas, mais dans 22,50 p. 100 des cas, il y a augmentation de l'isotonie. Les variations de la densité du sang ne sont pas en rapport avec les variations de l'isotonie. Les variations du pouvoir hémolytique ne sont pas en rapport constant ni avec les différentes formes de la démence précoce, ni avec la durée de la maladie, ni avec l'âge des malades. Des variations analogues ont été rencontrées dans la pellagre, dans l'épilepsie, dans la mélancolie de l'âge d'involution, maladies reconnues dépendantes d'une cause toxique; il y a donc lieu de penser que c'est au même groupe qu'on doit rattacher la démence précoce.

Boschi a fait des recherches sur la levulosurie expérimentale chez les déments précoces. L'auteur a expérimenté sur les trois variétés de démence précoce et sur des témoins sains par les méthodes de Trommer et de Fehling après défécation de l'urine à l'acétate neutre de plomb et au carbonate de soude. La distinction était faite au polarimètre entre le sucre dextrogyre et le sucre lévogyre. Rarement on a trouvé la lévulose en nature dans l'urine; plus généralement le pouvoir réducteur de l'urine était augmenté par diverses sub-

stances (urates, par exemple). Ce caractère apparaissait généralement deux à trois heures après l'ingestion du liquide sucré. Il serait prématuré de rien conclure de ces expériences.

Le professeur del Greco a étudié la synthèse clinique d'E. Kraepelin au point de vue de l'histoire de la médecine. Entre l'école spiritualiste aujourd'hui bien oubliée et l'école somatique très florissante, le savant professeur d'Heidelberg et de Munich a créé l'école neurologique, empirique par son origine et pronostique par son but. Elle a recours aux sciences auxiliaires, dont l'anthropologie physiologique et psychologique forme la plus importante; mais elle est surtout clinique, c'est-à-dire individualiste, au moins autant qu'on peut l'être dans une science qui n'est point faite et où l'élément individuel disparaît encore devant l'élément collectif anthropologique. Cet abus de la symptomatologie est une nécessité du « moment » où la psychiatrie est arrivée.

Magiotto a recueilli sept observations d'aura prodromique dans des formes maniaco-dépressives : trois fois des maux de dents, une fois une douleur dans la région sous-scapulaire droite, une fois dans l'hypochondre droit, une fois des algies dans divers endroits du corps, et une fois un délire d'hétéro-accusation.

Esposito étudie quelques questions nosographiques sur la psychose maniaco-dépressive. La statistique ne résout pas la question en médecine mentale et il vaut mieux bien observer les malades. Dans la psychose maniaco-dépressive, la durée d'intervalle des accès varie de quelques jours à dix ans sans qu'on puisse rien préjuger. Nous ignorons encore les causes de cet état morbide. Le début de l'accès n'a aucun rapport ni avec sa durée, ni avec sa cause. L'état mental dans la période intervallaire peut être parfait ou légèrement déséquilibré. On ne peut pas prévoir, dans l'état actuel de la science, si un accès sera unique ou s'il se reproduira.

Volpi-Gherardini a rapporté une observation d'une malade atteinte de mélancolie : donc idées de suicide, auto-accusation, idées hypocondriaques, en somme le tableau clinique de la dépression mélancolique sans

délire proprement dit. Cette affection était survenue à l'âge de la ménopause. Elle sortit guérie et revint neuf ans après pour une forme maniaco-dépressive typique. En somme, cette observation indique qu'il semble exister dans ce cas une parenté clinique entre la lypémanie involutive et la phrénose maniaco-dépressive.

Franchini a eu l'occasion de rencontrer au cours d'un état dépressif de la phrénose à double forme, des vomissements incoercibles sans nausées, sans efforts ; cet état a duré plus d'un mois, d'où dépérissement profond. Franchini n'a pas trouvé la cause de cet état bizarre.

Levi-Bianchini a étudié la biologie des épilepsies féminines et leur traitement ; Linguerrì, les asymétries de la température dans leurs rapports avec les manifestations hémilatérales de l'épilepsie essentielle (trente cas). Une demi-heure environ après l'accès, on constate une élévation thermique du côté où prévalent les manifestations motrices ; du côté opposé, la température reste normale. Dans l'intervalle des accès, c'est le contraire. On ignore la cause de ces anomalies.

Guido-Guidi a fait une intéressante communication sur la pathogénèse de l'épilepsie. Massen et Paulov ont constaté sur des chiens, auxquels on avait fait une fistule de Eck, des signes d'intoxication très graves se terminant souvent par la mort. Dans le sang de ces animaux, on trouve de l'acide carbamique. Ceux des animaux qui survécurent avaient des convulsions épileptiformes lorsqu'on leur donnait à manger de la viande, l'ammoniaque augmentait alors dans le sang. Guido-Guidi a cherché à doser l'urée et le carbonate d'ammoniaque chez les épileptiques par la méthode de Kransky. L'acide urique serait dû, pour l'auteur russe, à la transformation du groupement albumine qui passe de l'urée à l'acide urique, de l'acide urique à l'ammoniaque. L'acide urique serait donc le signe de l'intoxication acide de l'organisme chez les épileptiques. Guido-Guidi voit dans l'urée les déchets de l'albumine circulante, et dans l'acide urique ceux de la nucléo-albumine. L'ammoniac sanguin dépasse chez les épileptiques le taux ordinaire. Les variations de l'acide urique n'ont aucun rapport avec l'apparition des crises, au contraire celles de l'urée sont en rapport avec les crises comitiales. On

sait qu'en donnant aux épileptiques du carbonate d'ammoniaque, on augmente la gravité des accidents morbides.

Montesano a montré l'existence des plasmotocytes dans le système nerveux central des lapins intoxiqués par l'alcool. Ces *Plasmazellen* sont situées dans les espaces sous-piaux et dans les gaines périvasculaires du cortex.

Alessi a étudié les altérations du cortex cérébral et cérébelleux, chez les individus alcooliques morts rapidement par accident ou par homicide. Dans cinq cas, Alessi a constaté des altérations des grandes cellules pyramidales du cerveau et des cellules de Purkinje qui paraissent ne se rencontrer que dans l'alcoolisme.

Muggia a vu un sujet de soixante-deux ans atteint de dysarthrie sans anarthrie, de paralysie pseudo-bulbaire, d'abord incomplète puis complète, des muscles du visage, de la langue, avec troubles de la déglutition et de la respiration. Plus tard, le malade devint sourd et aveugle avec des phénomènes d'incohérence, enfin de la stupeur terminée par la mort; à l'autopsie, lésions d'aspect gélatineux grisâtre du corps calleux, sauf des quelques couches superficielles, épaississement et congestion des vaisseaux, lésions du centre ovale, des lobes frontaux, pariétaux, occipitaux, et des pédoncules cérébelleux moyens. Rapprocher ces cas de ceux de Machiaferri et Binagni.

Enfin Mariano demande une loi qui permette de séquestrer et de traiter, même contre leur propre volonté, les alcooliques dans des asiles spéciaux analogues à ceux qui existent ailleurs, en Angleterre, en Allemagne, en Amérique, en Norvège, en Suisse. Mariano s'occupe des autorités qui peuvent ordonner le placement, la procédure à suivre, la durée de l'internement qui ne saurait être inférieure à six mois, le mode de traitement. Il voudrait voir ces asiles dirigés par des aliénistes, en pleine campagne, loin des villes. Le personnel devrait être totalement abstinent, choisi avec une éducation spéciale et bien rétribué. La sortie définitive devrait être précédée d'un essai et les malades patronnés et dirigés à la sortie.

Saiz a effectué des recherches plethysmographiques

dans les psychoses affectives, à la clinique de Berlin, sur deux dépressifs, un exalté et un circulaire à type mensuel, à l'aide de l'appareil de Lehman et du pneumographe de Marey. Ses résultats ne confirment pas ceux de Lehman; les recherches seront poursuivies.

Salerni a étudié le mode d'élimination du blen de méthylène chez les vieux aliénés et chez les vieillards normaux. Chez les aliénés, l'apparition du blen dans les urines est plus tardive et présente le type polycyclique discontinu.

Le professeur Ellero a fait une conférence sur la criminalité infantile. Les arguments du distingué professeur sont ceux qui sont déjà connus. Remarquons toutefois que le nombre des mineurs condamnés était en Italie de 30.000 en 1890; en 1900, il y en a 50.000; et il propose un vœu pour l'amélioration des conditions des instituteurs, mais que les pouvoirs publics veillent à ce qu'ils n'aient point d'autre occupation que l'enseignement.

Perrazolo a produit un travail des plus intéressants sur la pression artérielle dans les diverses variétés de maladies mitrales. L'instrument employé était le sphygmomanomètre de Riva. Chez les déments précoces, au nombre de 50, il a pratiqué 800 observations. La valeur moyenne physiologique, soit 150 millimètres, a été atteinte dans 2 p. 100 des cas; dans 10 p. 100 elle a atteint une valeur voisine de la normale; dans 14 p. 100 également, une valeur très inférieure à la normale. Les valeurs les plus basses ont été constatées dans la variété catatonique: dans ce groupe, aucun sujet ne s'est approché de la moyenne physiologique. On ne relève pas de différence dans le cours de ces psychopathies; mais au moment des paroxysmes anxieux, la pression moyenne paraît s'élever notablement. Les variations dues à la veille, au sommeil, à la digestion, sont voisines de celles que l'on observe communément; mais celles qui sont dues aux variations de position du corps paraissent importantes, les plus hautes se rapportant à la position verticale. Dans l'alcoolisme, la pression dépasse généralement la moyenne physiologique, sauf dans les états graves où elle s'abaisse. Dans le délirium tremens en particulier, elle peut être inférieure

parfois à 130 millimètres. Les variations de pression ne paraissent pas être fonction de l'artério-sclérose, si souvent inconstante dans les troubles alcooliques. Dans les phases interaccessuales des intermittents, la valeur se rapproche de la normale. Dans les états d'excitation maniaco-dépressive, il y aurait plutôt tendance à la diminution de pression : au contraire, la valeur dépasse 150 millimètres; au moment des paroxysmes anxieux, il y a encore augmentation. Dans la démence paralytique, la pression est relativement élevée au début et tend à s'abaisser au fur et à mesure que s'accroît l'affaiblissement organique. Enfin dans la démence sénile, la pression est généralement beaucoup plus élevée que chez l'homme normal.

Cerletti a donné un travail sur les corpuscules spéciaux périvasculaires dans la substance cérébrale, qui a paru dans la *Rivista sperimentale di freniatria* de 1907 et a été analysé à sa date.

Audenino, poursuivant ses études sur le mancinisme, remarque que généralement l'homme est peu ou point ambidextre; le mancinisme vrai nécessite une prévalence à gauche, de l'habileté, de l'agilité, de la force musculaire, de la durée de l'effort et de l'évaluation des poids (épreuve de Bierdhal). L'ambidextrisme est seul véritablement physiologique comme hérédité, mais le mancinisme n'existe que par l'éducation volontaire, et pathologiquement chez les épileptiques, les idiots, les cérébroplégiques, les criminels-nés.

Forli a étudié l'atrophie cérébrale et crânienne dans les lésions expérimentales du cerveau sur quarante petits chats de trois à dix jours. En évitant de blesser le crâne lui-même, il lésait artificiellement tous les plans d'un côté jusqu'à la substance blanche inclusivement, de l'autre jusqu'au pallium cérébral seulement. Sur un témoin il se contentait de perforer l'os. Les animaux étaient sacrifiés à deux mois et demi et trois mois et demi. L'hémisphère blessé jusqu'à la substance blanche se développait mal, il en conclut donc que la microcéphalie peut être d'origine pathologique et non tératologique. Cette atrophie entraînait celle des pédoncules cérébraux, de la moitié correspondante de la protubérance.

L'hémisphère cérébelleux opposé n'était pas atteint, et il n'y avait pas concomitance d'hémiplégie du côté opposé.

Cortesi a étudié les voies du langage dans deux cas. Le premier sujet présentait un foyer hémorragique compris entre le noyau lenticulaire de l'insula gauche, avec destruction de la substance blanche de l'insula, et le lobe fronto-pariétal gauche; hémiplégie droite complète, pendant la vie aphasie motrice (anarthrie de P. Marie). Dans le second cas, foyer de ramollissement entre la masse opto-striée et l'insula gauche; cliniquement, l'hémiplégie droite sans trouble de la parole. Dans le premier cas, dégénérescence du faisceau pyramidal et du lemniscus; dans le deuxième, le lemniscus est intact. Or, dans cet organe se trouvent des fibres motrices qui vont au pédoncule et au pont; ce sont donc ces voies motrices qui paraissent être les voies du langage.

Ceni a décortiqué un ou deux hémisphères chez des coqs et des poules; chez d'autres, il a fait une hémicébration. Ceux qui survivent sont somnolents et immobiles pendant les trois ou quatre jours que dura le *shok*; mais ils se réveillent partiellement et meurent souvent du vingtième au soixantième jour. D'autres paraissent bien supporter l'opération, ils survivent jusqu'à deux ans; certaines poules ont même conservé leur sexualité. Les coqs, au contraire, avaient une atrophie testiculaire énorme (0 gr. 40 au lieu de 33 grammes). Ceni compare cette évolution organique précoce à celle de la paralysie générale.

Perusini fait une proposition pour l'unification technique dans la récolte du matériel pour les recherches sur le système nerveux central de l'homme. Il demande qu'on enlève au bistouri un centimètre de substance cérébrale dans des parties symétriques à droite et à gauche, une encoche longitudinale permet de distinguer les pièces prises à droite; la moitié de chaque bloc ainsi prélevé est mise dans l'alcool à 96 degrés, l'autre dans le formol à 10 p. 100. Les pièces sont prélevées : (a) du cuneus et procuneus, (b) des circonvolutions olfactives, (c) de la circonvolution frontale supérieure, (d) de la frontale ascendante, (e) de la temporale, (f) de la

pariétale inférieure, (g) du bulbe, (h) du cervelet et des ganglions de la base.

Ugolotti a recherché sur dix-neuf aliénés de toutes catégories, de vingt à soixante-dix ans, l'état des épithélium seminaux et de la spermatogenèse et il a constaté à l'aide de méthodes histologiques qu'il indique dans son mémoire, que l'état des organes génitaux était généralement normal, sauf dans la démence sénile où il y avait dans le tractus intermédiaire des kystes et de la chromatolyse, parfois de l'hypertrophie des spermatogones. Dans deux cas, l'un de démence précoce chez un imbécile de vingt-deux ans mort d'iléo-typhus, l'autre dans une pneumonie à vingt ans, il y avait rareté de la spermatogenèse. Ces recherches sont à poursuivre.

Muggia a constaté que la rapidité d'élimination du bleu de méthylène ne peut être considérée comme un critérium absolu de l'état des échanges dans l'organisme : 1° à cause des variations individuelles ; 2° parce que l'élimination n'est pas la même que celle du chromogène ; 3° parce que le bleu de méthylène injecté sous la peau peut être retenu un temps plus ou moins long par l'organisme.

Pardo fait des recherches sur l'indoxylurie dans les maladies mentales. Il conclut que dans les urines de quelques aliénés excités (surtout les épileptiques et les périodiques), soit spontanément soit après adjonction d'HCl, tout ou presque tout l'indoxyl apparaît sous la forme d'indirubine et non sous celle d'indigotine comme d'habitude. Cette indorubinurie se présente souvent à la suite de graves troubles digestifs, avec des urines troubles et alcalines riches en sédiments (phosphatés et carbonates terreux), de l'urobilinurie et l'uroséine. L'augmentation du pouvoir réducteur paraît due à l'immigration de microbes intestinaux dans les voies urinaires. C'est donc un indice de putréfactions intestinales anormales et d'une défense insuffisante de l'organisme contre les infections.

Esposito étudie à nouveau l'isolement et ses indications, il recommande le traitement individuel des aliénés : nous savons combien cela est difficile à organiser dans les asiles actuels ; il préconise la clinothérapie et la balnéation continue ou subcontinue, mais il croit

l'isolement nécessaire dans certaines variétés de paranoïas et de démences précoces catatoniques, chez certains lypémanïaques, chez certains excités, chez les épileptiques très agités, les criminels et les fous moraux. Il évalue à 2 p. 100 les chambres d'isolement nécessaires dans un service muni de trois salles de surveillance continue. La chambre d'isolement doit avoir une porte et une fenêtre avec des verres résistants; mais il insiste sur la nécessité de l'isolement acoustique.

Tambroni se refuse à isoler les mélancoliques suicides : on ne saurait trop insister sur sa remarque.

Salerni a voulu se rendre compte de l'utilisation du formol en médecine mentale. Chez les aliénés en état de dépérissement physique le formiate de soude injecté dans les muscles a augmenté la teneur du sang en hémoglobine et a facilité la diurèse dans l'élimination des produits de désassimilation, a réglé la défécation, augmenté l'appétit. Dans les formes aiguës il empêche la dénutrition générale, mais ce sel n'a aucune action sur le tonus musculaire et encore moins sur l'état mental ni sur la durée de la maladie.

Alberti s'est demandé dans quelles conditions le no-restreint était applicable dans les asiles mal installés, qui sont les plus nombreux. Le no-restreint exige un nombreux personnel, beaucoup de salles pour pouvoir classer méthodiquement les malades, et un service de balnéothérapie utilisable nuit et jour. Capelletti a pu à l'asile de Pesaro avec l'aide d'Alberti et de Piazzì organiser le no-restreint presque absolu avec un personnel d'un infirmier pour 8 malades, dans un asile de 370 malades avec 160 entrées annuelles (asile d'aigus); mais pour cela il a augmenté le nombre des chambres d'isolement, mieux surveillé l'état physique et appliqué le bromure et les bains prolongés de trois et quatre heures. Depuis de longues années, avec un personnel plus restreint encore, je suis arrivé dans un service de 340 malades à n'avoir que deux camisoles en employant les bains prolongés de six heures, et presque sans médicaments; je n'ai à ma disposition que huit chambres d'isolement.

Lambranzi s'élève contre l'introduction dans les jurys médicaux d'éléments non techniques.

Pieraccini voudrait que l'on établît dans son pays un casier de folie comme il existe un casier judiciaire. Nous ne saurions partager son opinion pour beaucoup de raisons, en tête desquelles est le dogme du secret professionnel intangible.

Consiglio a consacré deux communications aux maladies nerveuses et mentales dans l'armée. La première est statistique, elle montre les réformes pour psychoses passant de 53 en 1876 à 380 en 1904, et pour névroses (généralement épilepsie), passant également de 53 en 1876 à 678 en 1904. Il demande la mise en observation des cas douteux dans les hôpitaux militaires et non dans les asiles. Les réformes, en général, comme la mortalité globale, diminuent dans l'armée italienne, sauf les réformes pour névroses et psychoses. Consiglio remarque que les caporaux et sous-officiers sont plus atteints que les simples soldats, mais aussi, comme l'ont indiqué au dernier Congrès Granjux et Simonin, que ce sont les engagés volontaires qui fournissent le plus fort contingent à la folie.

Dans un second article il étudie les 546 cas de psychoses et de névroses qu'il a dénombrées à l'hôpital militaire de Rome de 1904 à 1907, soit 143 neurasthéniques, 124 hystériques, 40 épileptiques (total 307 névroses), et 239 psychoses dont 57 hystériques et épileptiques avec troubles mentaux, 24 confus, 17 somnambules, 17 déprimés hypocondriaques et mélancoliques, 16 alcooliques chroniques, 9 cas de psychose céphalgique, 44 psychasthéniques, 37 débiles et 4 déments précoces. Il a vu 81 aliénés vagabonds ou déserteurs. Les agents de police ont comme partout fourni un contingent élevé à l'aliénation mentale. Les simulateurs sont pour Consiglio, comme pour la plupart d'entre nous, des sujets tarés. Il insiste sur ce fait que le diagnostic psychiatrique et la réforme qui en est souvent la conséquence ont diminué les condamnations et les faits de récidive devant les tribunaux militaires, surtout pour les faits de désertion, refus d'obéissance, insubordination.

On peut voir par ce court résumé combien le Congrès de Venise a en quelques séances examiné de questions intéressant notre spécialité.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1909

Présidence de M. LEGRAS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

MM. Dheur, Marchand et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts relative au Congrès des Sociétés savantes ;

2° Des lettres de MM. Rognes de Fursac et Truelle qui posent leur candidature, aux places de membres titulaires déclarées vacantes. — La Commission élue à la majorité des suffrages pour présenter un rapport sur ces candidatures, se compose de MM. Leroy, Magnan, Picqué, Semelaigne et Vallou

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les troubles mentaux périodiques et circulaires devant la justice, et Situation de l'alcoolique en face du droit pénal et du droit civil*, par M. le professeur Pilez ;

2° *Du pronostic de la démence précoce et de l'ataxie intrapsychique et Médecine légale des délits d'ivrognerie*, par M. Stransky. — M. Legrain se charge de faire un rapport sur les deux travaux ci-dessus relatifs à l'alcoolisme.

3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*,
numéro du mois de décembre 1908.

Rapport de la Commission des finances.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de notre Société au 31 décembre 1908, était de.	Fr. 3.773 74
Les recettes en 1909 ont été de	2.758 85
Total.	6.532 59
Les dépenses ont été de.	1.632 90
Reste un excédent global de.	4.899 69
se décomposant ainsi :	
Société médico-psychologique	788 09
Prix Aubanel.	2.611 60
Prix Belhomme.	1.300 »
Prix Moreau (de Tours).	200 »
Total.	4.899 69

formant l'actif en caisse au 31 décembre 1909.

Quant aux rentes dont dispose annuellement la
Société, elles se décomposent ainsi :

Rentes de la Société médico-psychologique.	566 »
Rentes du prix Aubanel	800 »
Rentes du prix Belhomme.	300 »
Rentes du prix Moreau (de Tours).	100 »

Votre Commission vous propose d'accepter les comptes
de l'année 1909, et de voter des remerciements à votre
trésorier.

Les conclusions du précédent rapport sont adoptées
et des remerciements sont votés à M. le trésorier.

Election du bureau de 1910.

Il est procédé à l'élection du bureau de 1910.

M. SÉRIEUX est élu vice-président, à l'unanimité des
votants.

M. RITTI est élu secrétaire général. Le scrutin donne
sur 19 votants, 17 oui et deux bulletins blancs.

MM. DUPAIN et TRÉNEL sont élus secrétaires des
séances à l'unanimité des votants.

M. PACTET est réélu trésorier à l'unanimité.

M. BOISSIER est réélu bibliothécaire-archiviste par acclamation.

Le *Conseil de famille* se compose du bureau et des deux derniers présidents : MM. SÉGLAS et LEGRAS.

Le *Comité de publication* est composé de MM. BLIN, POTTIER et BRIAND.

Le *Comité des finances* se compose de MM. VALLON et SEMELAIGNE.

Un cas de délire d'interprétation : auto-accusation systématique,

par M. J. SÉGLAS.

L'existence d'idées d'auto-accusation chez les déliants systématiques est désormais un fait admis en clinique psychiatrique. Notre collègue, le professeur Gilbert Ballet, a présenté au Congrès de Blois des observations dans lesquelles ces idées d'auto-accusation se rattachaient à des idées de persécution (1). J'ai rapporté moi-même un certain nombre d'exemples analogues (2). Par la suite, j'ai même essayé de distinguer une forme de délire systématique uniquement constitué par des idées d'auto-accusation (3). Ces vues ont été adoptées par MM. Régis (4) et Arnaud (5). Dans leur récent volume sur les délires d'interprétation, MM. Sérieux et Capgras distinguent également une forme caractérisée par le délire d'auto-accusation (6).

Le fait que j'ai l'honneur d'apporter aujourd'hui à la Société, appartient à cette même catégorie. Il s'agit en effet d'un interpréteur, dont le délire offre ceci de particulier qu'il s'est manifesté dans une première phase par des idées de persécution ; dans une seconde, par des idées d'auto-accusation.

(1) G. Ballet. Congrès de Blois, 1892 ; *Semaine médicale*, 1893.

(2) J. Séglas. Congrès de La Rochelle, 1893 et *Leçons cliniques*, p. 541 et suiv.

(3) J. Séglas. *Archives de neurologie*, juin 1899.

(4) Régis. *Précis de psychiatrie*.

(5) Arnaud. In *Traité de psychiatrie* de Gilbert Ballet.

(6) Sérieux et Capgras. *Le délire d'interprétation*, 1909.

L..., est âgé de vingt-six ans.

Le père s'est suicidé à l'âge de soixante-six ans, à la suite d'infirmités et de soucis; une de ses sœurs fut internée pour délire de persécutions.

La mère, toujours nerveuse, a été frappée d'hémiplégie à l'âge de cinquante ans; un de ses cousins germains a été interné comme persécuté.

Au regard de sa famille, le malade a toujours été un déséquilibré. Au moment de la première communion, crise mystique (scrupules, prosélytisme). A quatorze ans, otite double, onanisme. A seize ans, il était devenu presque complètement sourd; et cette infirmité retentit profondément sur son état mental. Il croyait qu'on le tournait en dérision, qu'il était désormais incapable de gagner sa vie. Il tomba dans le découragement, dans un pessimisme entretenu par des lectures incessantes. « Il ne vivait plus, dit son frère, dans le monde réel; il s'isolait à l'écart, s'absorbant dans des lectures et des rêveries interminables. » Syphilis vers l'âge de vingt et un ans. Il a toujours été d'un caractère extrême en tout, à la fois méticuleux, tâtillon, exigeant, jaloux, soupçonneux, absolument intraitable et d'une susceptibilité telle qu'on ne pouvait causer avec lui. Cela s'est exagéré encore après le suicide de son père. Il avait alors vingt et un ans. Aussi, le début des accidents délirants est-il très difficile à préciser.

Sa famille, qui jusque-là le considérait comme un simple original, ne s'est aperçue qu'il délirait franchement qu'à l'âge de vingt-trois ans.

A ce moment, il s'est figuré que la femme de son voisin était éprise de lui et lui faisait des avances. Il s'est introduit chez elle par une porte de communication; mais, devant la révolte de cette femme, il dut se retirer. Le mari, prévenu de cette histoire, lui fit des observations qu'il prit de très haut. A dater de là, pendant deux ans, il ne cessa de se plaindre de vexations imaginaires de la part de ce voisin, l'accusant de colporter sur son compte maintes calomnies, de le décrier dans l'opinion publique, etc. Il écrivit à ce propos au procureur de la République pour demander une enquête; puis il en vint aux menaces; et enfin, à deux reprises, il tira sur son ennemi supposé deux coups de revolver. Il avait déclaré par écrit qu'il tuerait ce voisin et se tuerait lui-même ensuite. Il fut traduit en correctionnelle, et condamné à quinze jours de prison et 16 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger, une demande d'internement d'office n'ayant pas abouti en raison de l'opposition du maire.

Sa mère, avec laquelle il vivait, étant morte quelque temps après cette affaire, il alla demeurer avec son frère. Là, les

interprétations continuent : ce n'est plus le voisin, c'est son frère qu'il accuse de mauvais procédés à son égard ; se montrant jaloux, exigeant, interprétant sans cesse dans un sens défavorable la conduite de son frère envers lui, faisant à ce propos des allusions, des allégations de toute espèce que celui-ci ne comprend même pas, l'accusant de le faire passer pour un voleur, etc. Il se figure encore que sa belle-sœur lui fait la cour, et un beau jour il veut la prendre de force. De là une scène orageuse avec son frère, à la suite de laquelle il fait une fugue de trois jours ; il rentre pour lui demander de l'argent afin de repartir dans son pays. Puis il change d'idée, se refuse à partir ; et finalement provoque une nouvelle scène au cours de laquelle son frère le chasse de chez lui.

Il tombe alors subitement dans un état d'hébétude, entrecoupé de moments d'agitation, avec égarement complet, désorientation absolue, perte de la mémoire, confusion extrême des idées, divagations polymorphes et incohérentes.

Cet épisode aigu fut très passager : le malade reprit vite contact avec le monde extérieur ; ne sortant toutefois de son égarement, ne retrouvant la mémoire que pour manifester, non plus ses anciennes idées de persécution, mais d'autres toutes différentes, qu'on ne lui avait pas encore entendu exprimer. Il s'accusait de toutes sortes de fautes ou de crimes imaginaires, d'avoir volé, tué sa famille. « Il était un monstre, un être infâme qu'il fallait emprisonner, envoyer à l'échafaud, etc. » C'est dans ces circonstances qu'on l'interna ; il avait alors vingt-six ans.

Pendant une année que le malade fut soumis à notre observation, le symptôme, sinon unique, du moins capital, de sa maladie a consisté dans un délire d'auto-accusation reposant exclusivement sur des interprétations délirantes, sans aucune hallucination.

Tout d'abord, au moment de l'internement, les auto-accusations ne sont formulées que d'une façon très générale et n'envisagent pas de faits particuliers. « Il est un crétin, un fourbe, un idiot, un monstre inconscient ; il a le sens moral obstrué, il est un aveugle moral ; il s'est conduit comme un sacrilège, il a commis tous les crimes ; il a causé le déshonneur des siens, tué sa mère et son frère, communiqué des maladies de mort. Il est le dernier des criminels ; il mérite un châtiment ; il demande qu'on l'exécute même sans jugement... »

L... ne témoigne d'autre part ni arrêt psychique, ni fuite des idées. Il suit très bien la conversation, y prête même une attention d'autant plus grande qu'il entend très difficilement ; ses réponses sont nettes, rapides, bien adaptées. Il n'est ni confus, ni désorienté dans l'espace ou dans le temps. Le facies intelligent, expressif, n'est empreint d'aucun des traits si carac-

téristiques de l'état mélancolique. L'attitude, la mimique, l'intonation n'offrent rien de particulier à signaler. Les mouvements volontaires sont faciles et naturels; il n'y a ni dépression ni agitation motrices. Le ton émotionnel permanent n'est ni déprimé, ni exalté, ni anxieux. Le malade expose son indignité comme une affaire certaine, sur laquelle il n'y a pas à revenir. Il n'est cependant pas indifférent et s'anime si on le contredit.

Au bout d'une quinzaine, les idées d'auto-accusation commencent à se préciser, à s'appuyer sur des faits déterminés.

Ce sont d'abord les anciens démêlés du malade avec son voisin. Il revient sur ses anciennes interprétations érotomaniaques et de persécution; mais au lieu de les maintenir, il s'accuse d'avoir mal jugé les autres, et il fait en quelque sorte amende honorable.

« J'ai compris maintenant bien des choses, écrit-il à son frère, et pourquoi je suis un crétin. J'ai le cerveau si mal fait que j'avais compris tout de travers ce qu'on voulait me faire entendre. J'ai la manie de l'accusation envers autrui et n'ai aucune conscience du mal que je fais ou dis. D... (le voisin) était meilleur que moi, et toi meilleur que tout le monde. J'ai accusé D... d'avoir fait crier le genre de mort de mon père, de quoi ne l'ai-je pas accusé? Je t'ai accusé d'avoir fait un calcul égoïste dans l'affaire pendante avec D... qui dès le début me voulait plutôt du bien. Je le reconnais aujourd'hui, il valait mieux que moi parce que plus clairvoyant. Je ne voyais rien : je suis plus aveugle au moral que sourd au physique. J'accuse les autres de toutes les infamies et c'est moi qui les fais.

« Je voudrais que ma confession fût connue de tout le monde, car je ne reconnais le mal que lorsque je vois qu'on le sait partout. D... m'a puni par où il fallait. Je vois toujours les choses de travers. Je suis un monomane de la persécution; je soupçonne tout le monde de me vouloir du mal et c'est moi qui le fais.

« Je suis vaniteux à un degré sans exemple. J'ai la vanité du mal; je suis un cabotin! cabotin! J'ai dit à M^{me} B... que j'avais aimé ta femme jusqu'à la folie, jusqu'au crime; et cependant je t'aimais bien malgré mon rôle abject. Tu m'as tiré de prison, tu m'as sauvé; et moi, en récompense, j'acceptais de vivre avec toi, sachant que je pouvais te donner des poux. Je n'ai pas compris pendant tout le temps que j'ai été chez toi le but que tu poursuivais : mon amélioration morale. Tu étais le meilleur des frères et moi un vaurien, et je renversais les rôles. Je suis vaniteux et bête. Je me crois fin et ne suis que fat. »

Mais L... ne s'en tient pas là, et très vite il étend le champ de ses auto-accusations; examinant tous les faits de sa vie

passée même les plus insignifiants, dans lesquels il découvre à chaque pas des preuves nouvelles de son « indignité », de sa « monstruosité morale ».

« Je voudrais, écrit-il, faire à haute voix la confession de toute ma vie : elle ne vaut pas cher. J'ignorais que tous la connaissent alors qu'ils savaient tout. Tous valaient beaucoup mieux que moi, je le vois trop tard. J'ai été voleur depuis l'âge de quatre ans : je volais mes parents, je volais les Eh... où j'étais en pension ; je volais des plumes du bureau ; je volais mon patron d'apprentissage, je volais la plupart des patrons où je passais. J'ai volé et j'ai accusé les autres d'être des voleurs ! J'ai souhaité secrètement autrefois la mort de ma mère ; et pourtant je l'aimais bien ; et je crois bien maintenant que les soins que j'ai voulu lui donner l'ont tuée ; le thé que je lui ai administré pour son bien a probablement causé sa mort. Quand elle a perdu l'usage de la parole, je l'accusais de feinte. Est-ce assez horrible ? Je suis un malpropre ; j'ai fait quelque chose d'horrible, j'ai présidé aux soins de sa toilette mortuaire !... Ah ! j'ai eu aussi l'idée que les maisons que nous possédons là-bas soient brûlées : j'avais regardé la police d'assurance pour voir leur valeur ! J'ai exploité la pitié des gens, exploité les idées de suicide, toujours et partout. Je voulais garder pour moi l'argent qu'Henri m'avait donné. J'ai volé les livres de la bibliothèque, volé mes clients auxquels j'ai vendu leurs complets trop cher. J'ai volé la maison de bains de la Samaritaine ; je suis resté trois mois sans payer le pharmacien, ni le marchand de pierres funéraires. Je suis un menteur ; je mens à tout le monde, j'exploite les idées de suicide. J'ai agi comme un gamin rue Montesquieu avec les concierges. J'ai attiré une fille dans ma chambre, me sachant atteint de blennorrhagie. Je suis retourné la voir chez elle ; je ne l'ai pas trouvée, mais on eût dû m'arrêter. Je suis retourné, quand j'ai eu de l'argent, rue Jean-Jacques Rousseau où je me suis fait faire des malpropretés. J'exploitais la crainte et la douleur que mon suicide devait causer. J'ai dit que ma mère m'avait offert 500 francs *devant le notaire* : c'est faux, j'étais *tout seul*. J'ai le remords d'avoir eu l'idée de souiller la petite de la rue Montesquieu ; je désire toutes les femmes : je me suis plu à regarder les chiens en rut, devant tout le monde. J'ai écrit des lettres à certaines annonces prises au « Journal ». Je manque au rendez-vous et j'y vais quand cela n'était pas convenu ! J'ai nié, j'ai mis ma vanité à nier, les grands principes moraux de la Société, j'ai écrit autrefois une lettre de principes anarchistes à Cr... qui ne m'avait jamais rien fait, avec le papier à lettres de mon patron d'apprentissage avec qui j'étais bien, mais à qui je faisais pourtant des sottises, etc... »

L... ne s'attarde pas à envisager son passé, et bientôt le présent lui-même est l'objet de ses interprétations. Un mot, un geste, le menu fait le plus insignifiant, deviennent ainsi matière à auto-accusation.

« On m'a prêté, écrit-il, un mouchoir de femme et je l'ai emporté dans mes vêtements. Ce matin encore j'avais mon mouchoir dans ma poche et j'ai failli en prendre un autre, ainsi qu'une casquette qui était à ma portée. Quand je ne suis plus voleur par calcul, je le suis donc encore par étourderie! Hier encore j'ai emporté instinctivement un « Echo de Paris » qui ne m'appartenait pas! — Cette nuit j'ai eu un écoulement nocturne et surtout j'ai dit des choses qu'on ne doit pas dire. Je suis trop bavard, des femmes pouvaient m'écouter. J'aurais dû être calme, les gardiens n'auraient pas été obligés de se déranger pour moi. Je ne mérite pas des soins dans un hôpital où je vole le bien des pauvres. Quel que soit le sort que j'ai mérité, je devrais avoir le courage de le subir et non me faire soigner comme un lâche! Je regarde trop les fenêtres, comme si je méritais autre chose que la détention!... »

Parfois même, en partant d'une interprétation, il en arrive à imaginer de toutes pièces des faits invraisemblables dont il s'accuse. Par exemple, il reçoit un jour la visite de son frère qui lui donne des nouvelles de sa belle-sœur et de son neveu. Celui-ci une fois parti, il se demande : « Mon frère n'a-t-il pas été ironique ce matin ? » Sur cette donnée son imagination travaille et il en arrive à écrire : « Je me souviens qu'elle (sa belle-sœur) m'avait dit qu'elle se tuerait si elle était enceinte. Elle n'a pas au moins tenu sa parole... Elle s'est tuée, et l'inhumation a lieu ce soir, avec Maurice mon neveu. Je ne la savais pas enceinte. J'ai eu un rapport avec elle. J'ai commis le crime d'inceste. Je l'ai rendue enceinte sans le savoir et lui ai communiqué la syphilis ainsi qu'au petit. Je ne croyais pas mon mal inoculable et ma belle-sœur et mon frère se sont tués. Je mérite la guillotine! Qu'on m'exécute le plus tôt possible. Mon nom est maudit. »

Le plus souvent ces accusations ne persistent pas comme les autres. Le malade finit par s'apercevoir de leur manque total de fondement, soit par lui-même, soit parce qu'on peut lui en fournir la preuve. Ce qui l'amène à constater : « Si la plus grande partie des faits dont je m'accuse sont réels, il en est quelques-uns qui sont le fruit de mon imagination. En revanche je découvre chaque jour dans un coin de mon cerveau des actes sûrement coupables, dont j'avais absolument perdu la mémoire. »

Je n'insisterai pas davantage sur ces idées d'auto-accusation, seules idées délirantes que formule le malade.

Mais il est un fait important à remarquer, car il donne à ce délire une note bien spéciale. C'est que le délire d'auto-accusation n'est pas la justification pure et simple d'un sentiment personnel ; il a son point de départ en dehors du moi du malade, il reflète la même tendance égocentrique que les idées de persécution qui l'ont précédé. En effet, en s'accusant ainsi lui-même, L... ne fait que se soumettre, qu'obéir à une direction extérieure. Certaines personnes qu'il a fréquentées autrefois, dont il avait méconnu les intentions, n'avaient d'autre but que d'entreprendre sa régénération morale. Et c'est son frère surtout qu'il regarde comme le principal auteur de cette œuvre difficile. Cette idée se traduit à maintes reprises dans ses écrits : « On essayait vainement depuis longtemps de me rappeler les vilénies relatives au *Matin*. Je viens seulement de m'en souvenir. De même pour le fait relatif à l'urinoir que mon frère essayait de me faire souvenir, ainsi qu'on le faisait ici depuis longtemps. J'avais dit hier que j'étais un vaurien, la lâcheté m'a empêché de le répéter aujourd'hui. Je remercie MM. les D^{rs} M... et S... d'avoir permis que je ne l'oublie pas... J'ai compris, écrit-il à son frère, que tu as voulu modifier mes idées ainsi que mon jugement, changer ma tête. Elle ne l'est pas encore. Tu pardones toujours, parce que tu me comprends toujours. J'ai manqué de patience, un trésor qui n'est jamais tari en toi : je ferai désormais mon devoir silencieusement... »

« Cette nuit, j'ai fait deux rêves qui m'ont certainement été suggérés à dessein. On a bien fait. L'un était un rêve lascif : je comprends qu'on a voulu me mettre en garde contre certains penchants du sens génésique si développé en moi !... »

Un autre détail est encore à relever, parce qu'il contribue à déterminer le caractère des auto-accusations du malade. Ces idées particulières non seulement ne sont pas une fin, mais ne se suffisent pas à elles-mêmes. Elles se trouvent reliées à l'idée « d'une expiation pour ce qu'il a fait » et aussi « d'une amélioration morale », comme un but idéal que lui imposent les personnes ayant pris à tâche son relèvement, que lui-même accepte et ne désespère pas d'atteindre un jour.

« Il faut se résigner à attendre. Espérer, espérer toujours et attendre patiemment le résultat d'une œuvre commencée, lorsque le but est bon.

« Patience, résignation, énergie et force morale valent infiniment mieux pour se racheter que d'avoir des idées de suicide ou de vivre en sacripant. »

Par intervalles cependant, il se départit de cette belle attitude. Les auto-accusations se multiplient, deviennent plus extravagantes, et en même temps s'accompagnent d'un état d'anxiété avec raptus impulsifs. Ces sortes de crises sont en

général peu fréquentes, très brusques et très transitoires. Leur début est subit, parfois à la suite d'un rêve sur des choses dont « on veut le faire ressouvenir ». Il se réveille en sursaut, multipliant tout en larmes ses divagations auto-accusatrices. D'autres fois c'est une conversation, une visite de sa famille, qui provoquent le redoublement des auto-accusations et la crise anxieuse.

« Pourquoi, lui demandons-nous un jour, êtes-vous si inquiet ce matin alors que vous étiez si calme hier? — Parce que j'ai découvert que j'avais fait des méchancetés inouïes à l'égard de mon frère, que j'ai accusé sans preuves, en inconscient que je suis. Sa visite d'hier m'a laissé l'impression que je ne le reverrais jamais; c'est mon châtement. Et puis aussi je viens seulement de me rappeler des vilenies dont on essayait de me faire souvenir depuis longtemps. L'idée m'est revenue d'un fruit criminel et monstrueux du rapport incestueux que j'ai eu avec ma belle-sœur. J'ai fait souffrir tous ceux que j'ai approchés, y compris ceux que j'ai le plus aimés. On fera de moi ce qu'on voudra. Je ne suis plus qu'une loque humaine!... »

En ce qui concerne les réactions du malade, nous avons signalé celles qui se sont produites avant l'entrée, au cours de la période délirante marquée par les idées de persécution. Depuis qu'il est devenu auto-accusateur, il n'a manifesté aucune réaction qui soit à noter. S'il a parlé de suicide à de certains moments, il n'est pas bien certain qu'il en ait eu l'idée arrêtée; en tout cas, il n'a jamais fait de tentative. Au contraire, ces idées de suicide reviennent souvent dans les auto-accusations: « Je mens à tout le monde, j'exploite les idées de suicide et les expose complaisamment parce que je suis vaniteux et bête. J'ai joué la comédie du suicide parce que l'ordinaire des gens aime l'existence, alors je feins le contraire. Je suis pourtant très sensible, plus pour moi que pour les autres. »

« Le seul fait que nous aurions à signaler, au point de vue des réactions du malade, c'est une tendance graphomane que lui fait couvrir des pages entières de l'émunération proluxe de ses vices ou de ses crimes, de l'examen de toute sa vie, ou bien écrire des lettres à toutes les personnes qu'il a connues pour leur demander pardon des fautes qu'il a pu commettre à leur égard, etc.

Telle est, résumée dans ses traits caractéristiques, l'histoire de notre malade.

Par la multiplicité et l'organisation des interprétations délirantes, l'absence des hallucinations, la persistance de la lucidité et de l'activité psychique, l'évolution

par extension progressive des interprétations, elle nous semble bien devoir prendre place dans le cadre des délires d'interprétation, si bien étudiés récemment par MM. Sérieux et Capgras.

L'intérêt particulier qu'elle peut présenter réside dans le changement du thème délirant, de persécution d'abord, puis d'auto-accusation.

En ce qui concerne la période de persécution, je ne pense pas que le diagnostic de délire d'interprétation puisse soulever aucune contestation. L'apparition ultérieure des idées d'auto-accusation est-elle de nature à modifier ce diagnostic?

On a quelquefois appliqué à des malades de ce genre, le nom de persécutés mélancoliques (1). A cette dénomination je préférerais, au moins pour des cas analogues à celui de mon malade, celle de persécuté auto-accusateur, proposée par M. Gilbert Ballet et que j'ai adoptée moi-même depuis longtemps.

Je rappellerai encore une fois à ce propos que le délire d'auto-accusation n'est nullement spécial à la mélancolie et que suivant le mot de Leuret, il faut distinguer le délire de l'affection mélancolique.

Le délire ne constitue guère en réalité qu'un symptôme accessoire, secondaire ; c'est le relief et non le fond de la maladie.

Or, notre malade ne présente pas les symptômes fondamentaux de l'état mélancolique. Le facies, l'attitude, l'état général n'ont jamais été ceux du mélancolique ; jamais il n'a présenté d'arrêt psychique et ses nombreux écrits en sont la meilleure preuve. De même, la douleur morale permanente, si caractéristique du mélancolique, faisait défaut chez lui. Il ne manifestait seulement que par intervalles un état d'anxiété transitoire, coïncidant avec un redoublement des idées d'auto-accusation, et tout à fait comparable à ces réactions émotionnelles de type divers que l'on observe, dans des circonstances identiques, chez les interprétants persécutés ou persécuteurs.

Ses idées d'auto-accusation elles-mêmes n'ont pas les

(1) Lalanne. *Thèse de Bordeaux*, 1897.

caractères intrinsèques du délire mélancolique. Elles ne sont pas la justification d'un état émotionnel antérieur et nouveau.

Elles ont au contraire le même fondement que les idées de persécution et révèlent les mêmes notes psychopathologiques, les mêmes tendances égoïstes, le même fond d'autophilie. Elles ne sont nullement empreintes de cette humilité sincère, de ce souci constant du tort fait à autrui qui transparaissent à chaque instant chez le mélancolique. Notre malade au contraire n'a en vue que lui-même ; et la confession de ses fautes lui est beaucoup moins dictée par un sentiment profond d'humilité, par le regret sincère des torts qu'il a pu faire à autrui que par l'idée d'un but de relèvement personnel, de perfection morale. La complaisance, l'exagération même qu'il apporte dans ses auto-accusations ne sont pas sans traduire une sorte de vanité spéciale, d'affectation qui se reflète dans son langage.

Par exemple, lorsqu'il s'accuse d'avoir exploité les idées de suicide, il ajoute « ces idées ou plutôt cette manie du suicide me paraît maintenant un peu bête. J.-J. Rousseau a écrit une belle page sur le suicide et dont la conclusion, je crois, est : « Il y a encore du bien à faire et tu te tues ! »

« Si je dois périr dans cette lutte, *du moins ma mort sera-t-elle utile à la science*, et cela vaudra mieux que de se tuer sans motif, inutilement, ou de périr en prison. »

On pourrait presque dire qu'alors même qu'il se traite de cabotin, il continue son cabotinage.

Nous retrouvons aussi dans les idées d'auto-accusation le même caractère égocentrique que dans les idées de persécution. Nous avons vu en effet que, dans ses auto-accusations, le malade obéit à cette idée que ce sont les autres qui le forcent à réfléchir, à se souvenir de ses fautes, pour s'en corriger, et se proposent son amélioration morale.

Enfin les idées d'auto-accusation, comme celles de persécution, révèlent la même absence de critique. Sans doute, lorsqu'il s'analyse, le malade peut tomber juste parfois et s'accuser de défauts qu'il a réellement. Mais c'est là un pur hasard, puisqu'il s'accuse d'avoir tous les

défauts. Son jugement n'est pas raisonné sur ce point ; il est entraîné, dominé par l'idée de l'auto-accusation quand même, et s'il tombe juste, c'est inconsciemment. Aussi la chose est-elle d'autant plus significative.

On en a d'ailleurs une preuve évidente, dans la façon dont il raisonne vis-à-vis de ses premières idées de persécution. Quand il en entreprend la critique, il dépasse la mesure, et tombe dans l'auto-accusation.

Dans l'analyse de lui-même, ou des faits extérieurs à laquelle il se livre, on saisit toujours ces mêmes troubles de la logique, que MM. Vaschide et Vurpas ont signalés dans leur étude sur l'introspection et l'extrospection délirante (1).

Ainsi nous retrouvons dans toutes les idées délirantes du malade des caractères identiques ; qu'il se manifeste comme persécuté ou comme auto-accusateur, il reste toujours un délirant interpréteur, un véritable paranoïaque.

Quant au changement survenu dans l'orientation des interprétations, nous restons impuissants à l'expliquer. Nous rappellerons seulement qu'il est apparu à la suite d'une phase transitoire de confusion, traduisant une perturbation mentale profonde ; peut-être serait-il possible de rapprocher ainsi ce fait des cas de conversion, étudiés par les auteurs américains.

DISCUSSION

M. CHASLIN. — J'ai observé un malade se rapprochant par certains côtés du malade de M. Séglas et s'en distinguant par d'autres.

A cinquante ans il présentait un délire d'auto-accusation très net avec illusions et interprétations délirantes sans hallucinations. Puis il trouva une explication à son auto-accusation, prétendant qu'une Société lui en voulait parce qu'il était un honnête homme, et il réagit comme un persécuté. D'auto-accusateur il était devenu persécuté accusateur avec tendance aux réactions persécutrices, car il veut se venger.

(1) Vaschide et Vurpas. *La logique morbide*, 1903.

Trois cas d'hallucinations spéculaires,

par M. G. NAUDASCHER.

J'ai l'honneur de vous présenter trois observations d'hallucinations spéculaires. La première se rapporte à un dégénéré qui; à la suite d'excès alcooliques, eut un délire hallucinatoire très intense et très riche; la seconde à un malade intoxiqué par la cocaïne, et la troisième à un mélancolique ancien alcoolique.

Dans ces trois observations les malades ont eu la représentation visuelle de l'image de leur corps.

OBSERVATION I. — R..., Emile, âgé de vingt-six ans, est entré à l'asile de Vaucluse, dans le service de M. Vigouroux, le 26 Décembre 1908; il présentait un délire polymorphe basé sur des interprétations et des hallucinations nombreuses ayant débuté brusquement deux mois auparavant.

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir auprès de ses frères, les parents sont bien portants ainsi que les onze frères et sœurs.

Le malade est né dans les Hautes-Alpes, il a eu une enfance normale, il a fait son service militaire sans incident grave; après avoir travaillé à la culture dans son pays pendant quelque temps, il est venu à Paris où il exerce le métier de cocher de fiacre depuis quatre ans; il reconnaît avoir fait des excès de boissons alcooliques et en particulier d'absinthe.

A son entrée, on constate que le malade ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence en dehors d'une brachycéphalie évidente et du peu d'élévation de son front; l'examen clinique montre des signes d'intoxication alcoolique chronique: tremblement de la langue et des doigts, cauchemars, pituites.

Il n'est pas confus, il sait où il est et depuis quand il y est; par contre, il est très halluciné. Les hallucinations de l'ouïe sont très nettes: il entend des voix nombreuses venant de tous côtés, il les reconnaît, les unes l'attaquent, les autres le défendent, d'autres lui commandent de faire certaines choses; ces voix connaissent toutes ses pensées, certaines même parlent dans son ventre.

La plupart de ces hallucinations sont en même temps combinées. Pendant qu'il entend des voix, il reconnaît qu'elles proviennent d'un certain nombre d'esprits qui flottent dans l'air,

il les voit très nettement aller et venir, marcher à côté de lui ; il les connaît, ils ont la figure de gens de son pays ; quelquefois on lui fait voir des flammes et des couleurs ; pour éviter tous ces ennuis, il a essayé de changer de domicile, mais partout il a été poursuivi.

Les hallucinations de la sensibilité générale consistent en sensations diverses et sur différentes parties du corps, mais jamais il n'a pu voir ceux qui lui font du mal, alors qu'il aperçoit les esprits qui lui parlent. Nous n'avons pas trouvé d'hallucinations génitales. Les troubles de la sensibilité olfactive et gustative sont trop peu accusés pour que l'on puisse les considérer comme hallucinatoires, car ils peuvent être rapportés à des troubles gastriques ; il en est de même des sensations de brûlure éprouvées au niveau du creux épigastrique et qui sont, en effet, imputables aux anciennes habitudes d'intempérance.

Nous trouvons également des hallucinations psycho-motrices et des hallucinations du sens musculaire : le malade se sent transporté dans l'espace, les esprits l'enlèvent dans l'air, il voit les gens au-dessous de lui, mais ceux-ci ne peuvent le voir.

Les esprits le font parler et font remuer sa langue ; ils le font écrire, mais « tellement vite qu'il n'a pas le temps de lire » ; en effet « lorsqu'il arrive au milieu de la page, les premières lignes sont déjà effacées. » Il n'écrit pas ce qu'il entend, on lui dit : tu vas écrire, on lui fait prendre le porte-plume et il écrit.

En même temps que ces nombreux troubles psycho-sensoriels, R... a présenté des hallucinations spéculaires très nettes.

Il a vu, à différentes reprises, un homme ayant exactement sa taille et ses traits, peut-être un peu plus brun, dit-il ; ce sosie cause avec lui comme les autres esprits, il marche à côté de lui, mais il ne peut le toucher : c'est ainsi que lorsqu'il veut lui donner la main, il ne peut le sentir, sa main ne rencontre rien, « ce n'est que de l'air » !

Il ne semble pas impressionné par ce phénomène, il voit son double comme il voit les figures des gens de son pays, ou quelquefois celle de l'un de ses frères. Il n'éprouve aucune angoisse, du reste, nous dit-il, il y est bien habitué.

Un jour, alors qu'il rentrait au dépôt des voitures, il s'est retourné machinalement, comme le font les cochers, et s'est vu assis dans son fiacre pendant qu'il conduisait lui-même.

Quelquefois on lui fait voir l'intérieur de son corps et de celui d'autres personnes ; quand il ferme les yeux il voit encore mais plus sombre. Lorsqu'on le fait préciser sous quelle forme il voit son cerveau par exemple, il ne peut le décrire. Il ne voit pas à l'intérieur de son corps, il voit devant lui un corps ouvert et sur chacun des organes le nom est écrit en caractères d'imprimerie. Il ne voit pas le cœur battre, il en voit simplement la

représentation. Dans ces descriptions d'organes, il semble bien qu'il fasse appel au souvenir visuel de figures schématiques comme on en voit dans les livres classiques ou dans certaines brochures de réclame.

Il est curieux de constater, à côté de la richesse et de la netteté des hallucinations, la pauvreté des idées délirantes. Les idées de persécution sont assez vagues; R... dit qu'il connaît tous ces esprits : « C'est Rostolan et d'autres de son pays »; mais il ne sait pas pourquoi ils le persécutent et il n'y attache pas une grande importance : « C'est sans doute pour s'amuser. »

Il n'a pas d'autres idées délirantes, à part quelques idées de grandeurs vagues et non systématisées : on lui a promis plusieurs fois des millions, on l'a emmené rue Solférino pour chercher la croix.

Tous les phénomènes hallucinatoires ont disparu peu à peu; le malade confronté avec son délire en a reconnu le caractère pathologique et, après six mois de séjour à l'asile, il a pu être mis en liberté.

Dans cette première observation, l'alcool agissant chez un sujet dégénéré et d'une intelligence peu développée, est évidemment la cause productrice de ce délire hallucinatoire. L'hallucination spéculaire a représenté le sujet avec ses apparences normales, sans aucune déformation, elle n'a provoqué aucune angoisse, aucun étonnement même, différant en cela des autres hallucinations visuelles. Les hallucinations se rapportant à la représentation d'organes n'ont aucun des caractères décrits par MM. Sollier (1), Comar (2), Buvat (3), et Bain (4), sous le nom d'hallucinations autoscopiques internes; elles nous paraissent devoir être considérées comme des hallucinations visuelles ordinaires et banales.

OBSERVATION II. — Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui a occupé une haute situation à l'étranger et qui s'est livré à l'abus de la cocaïne depuis plusieurs années. Le

(1) Sollier. Autoscopie interne. *Journ. Psychol.* Mai 1908.

(2) Comar. Auto-représentation chez les hystériques. *Presse Méd.* 1903.

(3) Buvat. Auto-représentation organique dans l'hystérie. *Gaz. Hép.* 1902.

(4) Bain. Auto-représentation chez les hystériques. *Th.* Paris 1903.

malade, morphinomane depuis longtemps, a substitué peu à peu la cocaïne à son poison favori et, comme cela arrive fréquemment, il a simplement changé la nature de son intoxication; il a employé la cocaïne à dose toujours croissante (jusqu'à 3 grammes en vingt-quatre heures), à certains moments il a dû dépasser cette dose, car il ne calculait plus la quantité absorbée.

Nous constatons sur la peau des cuisses un véritable tatouage, indice des nombreuses piqûres qui n'ont pas toujours été faites avec l'asepsie nécessaire. Notre malade présente les signes physiques habituels de l'intoxication chronique par la cocaïne: physionomie anxieuse, excavation des yeux qui sont très brillants, amaigrissement extrême, peau sèche, teint terreux, tremblement à oscillations rapides, et, en outre, plusieurs plaies superficielles sur la face et sur la tête qui sont le siège d'un prurit insupportable.

C'est surtout à leur sujet que le malade est venu consulter. Il nous demande de lui dire s'il sera encore vivant dans vingt-quatre heures, car, d'après lui, ces plaies qui le tourmentent indiquent le commencement de la décomposition de son corps. Non seulement il sent de nombreux vers qui grouillent sous sa peau, mais il les voit, il enlève avec ses ongles des fragments de son épiderme et croit tenir des morceaux de vers; c'est ainsi qu'il a provoqué les plaies qu'il présente à la face et à la tête.

Ces hallucinations sont extrêmement vives, le malade nous montre sur sa main l'endroit précis où se trouve un de ces vers, il le voit remuer, il décrit sa forme, sa tête et même « ses dents »! Devant notre incrédulité, il se fâche presque, nous affirmant qu'il le voit et qu'il le sent, que nous ne voulons pas en convenir pour ne pas l'effrayer. Il croit que tout le monde est au courant de son malheureux état, il entend très distinctement sur son passage des réflexions désobligeantes; on dit, par exemple: « il sent mauvais », ou bien « il est pourri »; en même temps on se détourne de lui avec horreur. Les gens qui l'insultent n'ont même pas le courage de leur opinion, ils ne parlent que lorsqu'il tourne le dos ou lorsqu'il ne regarde pas; s'il les interpelle et les prie de répéter ce qu'ils viennent de dire, ils font semblant de ne pas comprendre et le considèrent comme un fou.

Enfin, le malade a présenté des hallucinations spéculaires extrêmement nettes: *il lui arrive fréquemment de se voir lui-même, mais beaucoup plus petit, il se voit comme en portrait.* Ce phénomène se produit à différents moments, mais le plus souvent le matin pendant qu'il se rase. Il voit son image sur le mur, et cette image porte ses habits, fréquemment son ancien uniforme; il la voit se déplacer, faire des gestes qu'il fait

souvent, mais jamais il ne l'a entendu parler, jamais il n'a éprouvé aucune autre sensation concomitante : c'est, nous dit-il, comme une projection de cinématographe. S'il regarde une fenêtre éclairée, la vision s'atténue ; généralement elle persiste un certain temps, puis elle disparaît brusquement.

Récemment, le malade a été encore plus vivement impressionné : il s'est vu en grand uniforme avec ses décorations, mais plus maigre qu'en réalité, il était presque réduit à l'état de squelette ; néanmoins il a fort bien reconnu ses traits. Il se lamente sur son état actuel, car c'est ainsi qu'il croit devenir, tout ce qu'il ressent le lui annonce et tout le monde le lui dit plus ou moins ouvertement.

Dans cette observation, l'hallucination spéculaire présente ce caractère particulier aux hallucinations cocaïniques, à savoir que les images sont diminuées ; en outre, leur expression est en rapport avec le délire mélancolique du sujet : l'aspect décharné du personnage hallucinatoire est considéré par le malade comme un présage visuel, venant s'ajouter aux autres présages qui lui annoncent sa fin prochaine.

OBSERVATION III. — Albert..., âgé de cinquante-deux ans, est entré à l'Asile de Vaucluse dans le service de M. Vigoureux le 1^{er} décembre 1906, à la suite d'une tentative de suicide.

Le malade était très halluciné ; il entendait des voix formulant contre lui des accusations, des injures, des menaces de mort ; il voyait des animaux et des fantômes ; excédé par tous ces ennuis, il avait tenté de se suicider en avalant de la teinture d'iode, puis en se jetant dans le canal Saint-Martin.

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir auprès de son frère, le malade avait été soigné à l'hôpital pour des troubles analogues quatre ans auparavant. Il avait fait de nombreux excès alcooliques qu'il a avoués depuis et dont la trace avait été retrouvée à son entrée par l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Deux mois plus tard, son état s'étant amélioré, le malade put sortir sur la demande de son frère.

Malheureusement, dès sa sortie, Albert... fit de nouveaux excès alcooliques et sept jours après sa sortie, l'internement redevint nécessaire à la suite d'une nouvelle tentative de suicide.

Lors de sa deuxième entrée, le malade se montra très déprimé, il se croyait perdu : son frère et lui devaient disparaître exécutés par les apaches. Des voix lui désignaient un malade comme étant l'assassin de son frère et lui disaient si

nettement : « Tue-le..., c'est lui ! » qu'il s'était précipité sur ce malade pour l'étrangler ; il en fut heureusement empêché par l'intervention d'un infirmier.

Les accidents aigus s'atténuèrent peu à peu et le malade, quoique triste et déprimé, put travailler régulièrement à l'Asile.

Un an environ après son entrée, il fit une nouvelle crise hallucinatoire avec anxiété, au cours de laquelle il eut une *hallucination spéculaire*. Pendant qu'il regardait la lumière, il vit tout à coup de grandes flammes au milieu desquelles il distingua parfaitement sa tête ressemblant à une tête de bronze. En même temps les esprits infernaux lui disaient : « Il faut dire que l'enfer existe » ; c'est alors qu'il cria : « C'est l'enfer, c'est l'enfer ! »

Actuellement le malade, toujours déprimé et triste, prétend qu'il n'a plus d'hallucinations, mais il continue à croire à leur réalité.

Dans ce cas, l'hallucination spéculaire est moins nette puisqu'elle n'a reproduit que la tête du sujet ; elle se distingue des précédentes par ce fait qu'elle n'a eu lieu qu'une seule fois.

Il nous a paru intéressant de présenter ces trois observations, parce que les hallucinations spéculaires sont assez rares et, de plus, la plupart des observations que nous avons pu retrouver se rapportent à des individus non aliénés.

Brierre de Boismont, dans son *Traité des hallucinations*, signale plusieurs cas d'hallucinations spéculaires qu'il désigne sous le nom d'hallucinations dentéoscopiques. Il cite l'observation de Goethe qui a vu l'image de sa propre personne venir à sa rencontre. Il cite également, d'après Walter Scott, la croyance à une apparition qui, dans les montagnes de l'Écosse, est un présage de mort prochaine.

« On voit, dit-il, hors de soi un autre soi-même, « une figure en tout semblable à la sienne pour la « taille, les traits, les gestes et l'habillement (1). »

Le même phénomène a également servi de base à certaines descriptions littéraires : Edgar Poë nous

(1) Walter Scott. *Legend of Montrose*.

montre dans William Wilson son héros aux prises avec son sosie un soir de mascarade italienne :

« Pris d'une rage frénétique, je me tournai brusquement vers lui... et le saisis violemment au collet. Il portait, comme je m'y attendais, un costume absolument semblable au mien, un manteau espagnol de velours bleu, et autour de la taille une ceinture cramoisie où s'attachait une rapière. Un masque de soie noire couvrait entièrement sa face. Je m'ouvris un chemin de la salle de bal dans une petite antichambre le traînant après moi.

« En entrant, je le jetai furieusement loin de moi. Il alla chanceler contre le mur ; je fermai la porte en jurant et lui commandai de dégainer. Il hésita une seconde ; puis, avec un léger soupir, il tira silencieusement son épée et se mit en garde.

« Le combat ne fut pas long. J'étais exaspéré... En quelques secondes je l'acculai par la force du poignet contre la boiserie, et là, le tenant à ma discrétion, je lui plongeai à plusieurs reprises mon épée dans la poitrine avec une férocité de brute.

« En ce moment quelqu'un toucha à la serrure de la porte ; je me hâtai de prévenir une invasion importune, et je retournai immédiatement vers mon adversaire mourant...

« Le court instant pendant lequel je m'étais détourné avait suffi pour produire en apparence un changement matériel dans la disposition de l'autre bout de la chambre. Une vaste glace — dans mon trouble cela me parut d'abord ainsi — se dressait là où je n'en avais pas vu trace auparavant, et comme je marchai frappé de stupeur vers ce miroir, ma propre image, mais la face pâle et barbouillée de sang, s'avança à ma rencontre d'un pas faible et vacillant.

« C'est ainsi que la chose m'apparut, dis-je, mais telle elle n'était pas. C'était mon adversaire, c'était Wilson, qui se tenait devant moi dans son agonie. Son masque et son manteau gisaient sur le parquet, là où il les avait jetés. Pas un fil de son vêtement, pas une ligne dans tous les traits si accusés et si particuliers de son visage qui ne fussent, jusqu'à la plus absolue identité, les miens.

« C'était Wilson, mais qui maintenant ne chuchotait plus ses paroles. Et j'aurais pu croire que c'était moi-même qui parlais quand il me dit : « Tu as vaincu et je succombe. Mais dorénavant tu es mort aussi, mort au monde, au ciel et à l'espérance. En moi tu existais et vois dans ma mort, vois dans cette image qui est la tienne, comme tu t'es radicalement assassiné toi-même (1). »

Edgar Poë, dont chaque œuvre littéraire eut pour germe une idée morbide ou une illusion, semble décrire dans William Wilson une hallucination qu'il aurait eue réellement au cours de l'un de ses nombreux accès dipsomaniaques.

Le jeune homme vêtu de noir qui lui ressemblait « comme un frère », décrit par Alfred de Musset, serait également l'expression poétique d'une hallucination qu'il aurait eue dans une forêt des environs de Paris. George Sand qui l'accompagnait nous en raconte le détail dans « Elle et Lui » :

« Il avait entendu l'écho chanter tout seul, et ce chant c'était un refrain obscène... Puis, comme il se relevait sur ses mains pour se rendre compte du phénomène, il avait vu passer devant lui, sur la bruyère, un homme qui courait, pâle, les vêtements déchirés et les cheveux au vent.

« Je l'ai si bien vu, dit-il, que j'ai eu le temps de raisonner et de me dire que c'était un promeneur attardé, surpris et poursuivi par des voleurs, et même j'ai cherché ma canne pour aller à son secours ; mais la canne s'était perdue dans l'herbe, et cet homme avançait toujours vers moi.

« Quand il a été tout près, j'ai vu qu'il était ivre et non pas poursuivi. Il a passé en me jetant un regard hébété, et en me faisant une laide grimace de haine et de mépris. Alors j'ai eu peur, et je me suis jeté la face contre terre car cet homme... c'était moi !

« Oui, c'était mon spectre, je l'ai bien compris, en me retrouvant seul dans l'obscurité. Je n'aurais pas

(1) *Revue de Paris*, mars 1909. Edgar Poë, par Henry van Dyke.

« pu distinguer les traits d'une figure humaine, je
 « je n'avais vu celle-là que dans mon imagination ;
 « mais qu'elle était nette, horrible, effrayante !

« C'était moi avec vingt ans de plus, des traits
 « creusés par la débauche ou la maladie, des yeux
 « effarés, une bouche abrutie, et, malgré tout cet effa-
 « cement de mon être, il y avait dans ce fantôme un
 « reste de vigueur pour insulter et défier l'être que je
 « suis à présent (1). »

Les personnages des contes fantastiques d'Hoffmann ont souvent des hallucinations spéculaires : ils voient les doubles des personnes évoluer autour d'eux et causer avec eux. Peut-être est-ce la traduction d'hallucinations réelles éprouvées par l'auteur ?

Devons-nous considérer comme une hallucination spéculaire le phénomène présenté par Guy de Maupassant : il s'agit, non pas de l'apparition d'un autre soi-même, mais de l'absence de sa propre image reflétée par une glace.

« On y voyait comme en plein jour et je ne me vis
 « pas dans ma glace !... Elle était vide, claire, profonde,
 « pleine de lumière ! Mon image n'était pas dedans et
 « j'étais en face, moi ! (2) »

L'hallucination spéculaire a été décrite sous le nom d'autoscopie externe par M. Sollier, qui en a publié les observations chez des hystériques ou des morphomanes (3).

Sous le nom de dédoublement de la personnalité M. Pailhas, d'Albi, a relaté plusieurs cas analogues au cours d'érysipèles de la face et dans des états d'anémie profonde d'origine hémorragique (4).

Dans la plupart des cas le personnage hallucinatoire est muet, il peut cependant se faire un dialogue entre le moi et l'autre moi ; Bravo, de Santander, en donne des exemples dans son étude sur l'autoscopie (5).

(1) *Elle et Lui*. George Sand.

(2) *La Horla*. Guy de Maupassant.

(3) Quelques cas d'autoscopie. Sollier. *Soc. de Psychol.*, janvier 1908.

(4) Dédoublement de la personnalité. Pailhas. *Encéphale*, juillet 1906, février 1908.

(5) *L'autoscopie*. F. Bravo (de Santander) R. N. 1907.

Dans notre première observation, le sosie causait avec le malade comme les autres esprits qui évoluaient autour de lui.

L'image spéculaire, tout en conservant sa ressemblance avec le sujet, peut être plus ou moins déformée par le caractère des idées délirantes.

Dans l'un des cas rapportés par M. Sollier, le malade héroïnomane se voyait en face de lui avec une apparence grotesque ; il avait une inégalité pupillaire énorme, « la pupille dilatée était grande comme une pièce de 5 francs et l'œil dilaté louchait ».

Dans notre deuxième observation, le délire hypochondriaque du sujet lui montre son image plus maigre qu'en réalité, il se voit presque réduit à l'état de squelette. Le délire mélancolique et mystique de notre dernier malade a également déterminé le caractère de l'hallucination spéculaire, le malade voyait sa propre image émerger des flammes de l'enfer.

Quelle est la nature de l'hallucination spéculaire considérée, suivant les auteurs, tantôt comme une hallucination de la vue, tantôt comme un trouble cénesthésique ?

Nous croyons devoir la rattacher aux hallucinations de la vue.

En effet, dans nos observations, l'hallucination apparaissant et disparaissant sans angoisse et sans phénomènes précurseurs, a présenté les caractères d'animation et de mobilité, de projection cinématographique que l'on attribue généralement aux hallucinations de la vue.

De plus, nous retrouvons, dans la plupart des cas signalés, les processus toxiques ou infectieux qui passent pour provoquer surtout des hallucinations de la vue : infection streptococcique, intoxication par la cocaïne, la morphine ou l'alcool.

Enfin, si nous avons la conscience du moi par l'ensemble des renseignements apportés à chaque instant par notre sensibilité générale et spéciale, il semble que nous ayons sur l'extérieur de notre corps et sur notre figure des renseignements visuels beaucoup plus nets et plus précis que tous les autres.

Cette représentation visuelle de notre corps et de nos traits est plus ou moins conforme à la réalité, mais il

est incontestable qu'elle existe. Dès lors, cette représentation visuelle de nous-même, cette image-souvenir peut devenir hallucinatoire au même titre que toutes les autres impressions visuelles qui sont les matériaux des hallucinations de la vue.

Il n'est pas nécessaire que le premier de nos malades se soit regardé bien fréquemment dans une glace pour avoir de ses traits une image-souvenir aussi nette que celle des gens de son pays qu'il n'avait pas vus depuis de nombreuses années.

Sous l'influence de l'intoxication alcoolique le malade a pu projeter l'image-souvenir de sa propre personne, de la même façon qu'il a projeté ses autres images.

Notre malade cocaïnomanie pouvait avoir de sa personne une image visuelle très nette et très détaillée puisqu'il passait son temps devant une glace pour rechercher les vers qu'il sentait et voyait sur sa figure. Il nous semble vraisemblable d'admettre que, sous l'influence de l'intoxication, une impression visuelle aussi souvent reproduite ait pu devenir hallucinatoire de préférence à d'autres images ; nous pouvons en effet remarquer que ce malade n'avait pas d'autres hallucinations visuelles.

L'hallucination spéculaire ainsi comprise ne doit pas être confondue avec les phénomènes d'auto-représentation ou d'autoscopie interne signalés chez des médiums ou des hystériques, qui prétendent percevoir leurs organes ou même l'intérieur de ces organes ainsi que les corps étrangers qui peuvent s'y trouver.

Afin de ne pas appeler le même phénomène tantôt dédoublement de la personnalité, tantôt autoscopie ou auto-représentation, il serait préférable, à notre avis, de réserver le terme d'autoscopie aux représentations d'organes et de conserver celui d'hallucination spéculaire adopté par Féré pour caractériser l'hallucination de la vue par laquelle le sujet voit ses propres traits comme dans un miroir.

DISCUSSION

M. SOLLIER. — Il faut distinguer l'autoscopie interne de l'hallucination spéculaire. Dans la première les troubles cénesthésiques jouent un rôle important; on peut dire que les hallucinations autoscopiques internes constituent de véritables représentations d'ordre cénesthésique viscéralisées. Je constate que dans la première observation le malade à côté des hallucinations de la vue a des troubles cénesthésiques.

M. SÉGLAS. — J'ai observé un persécuté halluciné de la vue qui a eu deux hallucinations spéculaires. Une première fois il s'est vu se promenant dans le jardin; une seconde fois il a vu son persécuteur entrer dans sa chambre avec son double et il a assisté à une scène de lutte entre le persécuteur et le double. Ses images qu'il voyait avaient du relief.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Guy de Maupassant a décrit dans une nouvelle intitulée *Lui* une hallucination spéculaire véritable. Son personnage vit son double assis dans un fauteuil. Féré a également donné deux observations spéculaires.

M. VIGOUROUX. — Il est intéressant de constater l'absence d'émotion que semblait avoir provoqué chez le premier malade de M. Naudascher l'hallucination spéculaire.

Il n'avait pas été particulièrement surpris de voir sa propre image, il lui avait tendu la main, avait cherché à la toucher, etc.

M. SÉGLAS. — J'ai constaté la même absence d'émotion dans l'observation que je viens de citer.

M. VALLON. — Il y a des cas où la cénesthésie joue un rôle des plus importants. J'ai observé un malade qui sentait une partie de lui-même sortir de son propre corps, puis il le voyait s'asseoir auprès de lui. Il y avait un véritable dédoublement de la personnalité.

M. SÉGLAS. — J'ai connu aussi une malade qui sentait son double couché dans son lit à côté d'elle. Elle l'accusait même de gâter.

Mais à côté de ce dédoublement de la personnalité il

y a lieu de distinguer, comme le fait M. Naudascher, les hallucinations spéculaires où l'élément visuel seul entre en jeu.

M. SOLLIER. — L'autoscopie interne et l'hallucination spéculaire sont beaucoup moins rares qu'on ne le croit chez les intoxiqués par la morphine, l'héroïne, etc.

J'ai beaucoup observé que c'était au moment du sevrage que ces phénomènes se présentaient.

M. NAUDASCHER. — C'est en effet au moment où il commençait à se désintoxiquer de la cocaïne, que mon second malade a éprouvé l'hallucination spéculaire.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1909.

I. — *Onze cas d'abcès du cerveau*; par le D^r E. Boinet, correspondant national (séance du 27 avril). — De l'observation personnelle qu'il a pu faire de onze cas d'abcès du cerveau, M. Boinet a tiré les conclusions suivantes.

L'abcès cérébral est une affection rare (11 cas en huit ans sur 900 autopsies), à prédominance marquée pour le sexe masculin (10 cas sur 11). Il est rarement primitif, il apparaît presque toujours comme consécutif soit à une infection générale, soit à une suppuration de voisinage. Son agent pathogène habituel est le streptocoque, associé ou non au pneumocoque et à d'autres microbes pathogènes.

Le diagnostic de l'abcès cérébral est difficile, surtout le diagnostic de localisation.

L'abcès du lobe frontal, sans manifestations locales nettes, s'accompagne souvent de troubles moteurs de voisinage et même d'aphasie motrice.

Les abcès du centre ovale sont plutôt caractérisés par des troubles psychiques et paralytiques.

Les troubles visuels, tels que l'hémianopie totale ou partielle, généralement homonyme, les hallucinations visuelles, la cécité psychique sont surtout liés à l'abcès du lobe occipital.

L'abcès du lobe sphéno-temporal, presque toujours unique, est le plus souvent d'origine otique. Son diagnostic sera basé sur l'otorrhée ancienne qui diminue notablement lors des complications méningo-encéphaliques, sur une phase symptomatique auriculaire, suivie de symptômes cérébraux diffus (torpeur cérébrale, vertiges, convulsions généralisées, etc.), et,

plus tard, de symptômes cérébraux localisés; de signes de foyer (troubles sensoriels, auditifs, osmiques).

Le succès opératoire dépend surtout de la précocité du diagnostic de l'abcès du cerveau. Pour être efficace, l'intervention doit être hâtive, c'est-à-dire se produire alors que l'abcès est encore bien enkysté par sa membrane limitante.

II. — *Sur le retour d'âge de l'homme*; par le Dr Maurice de Fleury (séance du 21 décembre). — Existe-t-il chez l'homme quelque chose d'analogue à ce qui se passe chez la femme au moment de la ménopause? Assurément non; et cependant il arrive fréquemment que l'homme, entre quarante et cinquante ans, présente à la fois des troubles de la nutrition, — dyspepsie atonique, spasmes pyloriques, constipation tenace, dyspnée d'effort, etc., — et des phénomènes nerveux, — sentiment de lassitude, insomnie, céphalalgie, angoisse précordiale, frigidity sexuelle, dépression, tristesse, etc., — qui donnent à l'observateur l'impression d'une crise d'âge.

Ce complexe symptomatique, qui ne relève ni de la neurasthénie vulgaire, ni de l'hystérie, ni de la psychasthénie, M. Maurice de Fleury l'a étudié chez 201 malades. Et chez tous, cet état mental fait de tristesse, de découragement, d'indécision; de paresse de la volonté, lui a paru non point primitif, mais secondaire aux troubles physiques.

Aussi n'est-ce pas suivant lui dans la rééducation morale qu'il faut en chercher la thérapeutique efficace, mais bien dans une sorte de « nettoyage interne », que l'on poursuivra par le régime lacté d'abord, puis par le régime lacto-végétarien, aidé d'injections de sérum artificiel légèrement concentré.

GEORGES VERNET.

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 20 décembre 1909

I. — *Mesure de l'intelligence chez les enfants, avec démonstrations. Présentation de sujets*; par les Drs Binet et Th. Simon. — MM. A. Binet et Simon exposent le procédé qu'ils ont établi pour apprécier avec exactitude le niveau intellectuel des enfants. Il consiste en une série d'épreuves dont l'ordre a

été établi par leur essai sur des enfants des âges les plus différents. En les utilisant, on connaît donc d'avance la valeur des réponses données par les enfants soumis à cet examen.

Trois enfants sont examinés devant la Société. Le premier se refuse à l'examen par ses larmes. Ce n'est pas là un incident contre le procédé. C'est un obstacle qu'on peut rencontrer de même pour une auscultation. Le second des enfants examiné est une fillette de treize ans. Elle réussit les épreuves de quatre ans, échoue à celle de six, passe avec succès quelques-unes de celles de cinq. Elle a donc l'intelligence d'un niveau de cinq ans. Le troisième enfant est un garçon de treize ans. Il répond à des questions d'intelligence d'un niveau élevé et qui indiquent chez lui un niveau normal. Ce sont d'ailleurs les accidents convulsifs qui l'ont fait placer.

Il est toutefois curieux que les certificats de placement portent le même diagnostic de débilité mentale pour ce dernier enfant et le précédent. L'emploi du procédé de MM. Binet et Simon éviterait la confusion due à l'emploi de dénominations de ce genre, d'application trop imprécise.

M. Piéron préférerait voir substituer le mot niveau mental à celui d'intelligence. Il demande si les niveaux moyens établis par expérience pour chaque âge sont valables pour les enfants de tous milieux, en se limitant à la France. Enfin, il distingue, dans les épreuves, certaines qui sont consacrées à des fonctions intellectuelles (la mémoire par exemple) et d'autres qui ont trait à des connaissances acquises, ce qui implique le postulat d'une grande similitude dans l'éducation des enfants.

M. Simon. — La question de dénomination du procédé est peu importante. Des enfants de la campagne répondent un peu moins bien que des enfants de la ville ; mais les résultats obtenus donnent dans tous les cas une notion relative précise de l'intelligence de l'enfant examiné. Il n'est pas d'autre part possible d'éliminer les connaissances acquises d'une épreuve d'intelligence ; même le langage est une connaissance acquise.

II. — *Spiritisme et folie* ; par le Dr Bonnet. — M. Bonnet apporte un cas de délire spirite à troubles psycho-moteurs graphiques hallucinatoires et obsédants, survenus à la suite de pratiques spirites prolongées sans tares névropathiques ni dégénératives apparentes (femme à la ménopause).

III. — *Onomatomanie chez un vieillard de soixante-quatorze ans* ; par les Drs Juquelier et Delmas. — MM. Juquelier et Delmas présentent un vieillard de soixante-quatorze ans qui

n'offre aucun signe de démence, mais qui est atteint depuis un peu plus d'un an de *recherches angoissantes du mot*. Cet état, très pénible, puisqu'il a provoqué une tentative de suicide, est presque continu, et, détail assez exceptionnel dans les cas du même ordre, la recherche porte sur tout le vocabulaire au lieu de se limiter aux noms propres ou à certains noms propres selon la règle.

Les obsessions accentuées des ébauches de délire ont précédé, dans l'existence du malade, le syndrome actuel d'onomatomanie.

IV. — *Paralysie générale chez un ouvrier traumatisé*; par les D^{rs} Pactet et Bourilhet. — Ces auteurs présentent des documents cliniques et histologiques relatifs à un malade entré à l'asile de Villejuif à la suite d'une chute d'un échafaudage, qui a présenté un état de confusion mentale suivi, quelques semaines plus tard, de l'apparition du syndrome paralytique. Il s'agissait, l'histologie le prouve, d'un cas de paralysie générale.

L'état de confusion mentale peut être considéré comme relevant directement du traumatisme; mais celui-ci n'a fait que précipiter l'apparition des symptômes de la paralysie générale qui, très vraisemblablement, existait déjà, mais, sans lui, aurait pu demeurer latente quelque temps encore.

V. — *Un cas de trophœdème chez une vieille démente vésanique*; par le D^r Leroy. — M. Leroy montre à la Société une vieille femme de soixante et onze ans, atteinte depuis une douzaine d'années de démence vésanique, qui présente une curieuse malformation du membre inférieur droit. A la cuisse, la peau forme à la partie interne une énorme masse composée de gros bourrelets. La peau est souple, flasque, de coloration normale, non rugueuse, sans pigmentation. En palpant ces bourrelets, on a une sensation molle, nettement lipomateuse. La jambe présente, au lieu de plis cutanés, une augmentation de volume cylindrique en forme de manchon, surtout appréciable à la partie postérieure et finissant par un brusque relief à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. La consistance de la jambe est dure, presque ligneuse; elle conserve un peu l'empreinte du doigt. Le membre inférieur est tout à fait indolore.

M. Leroy discute ce symptôme. Est-ce une maladie de Recklinghausen sous forme de névrome plexiforme?

Il croit plutôt être en présence d'un œdème segmentaire,

d'un trophœdème, en raison de la marche de la maladie. Celle-ci a débuté, en effet, il y a quarante-six ans à la suite d'une couche. L'enflure est apparue à la jambe droite et a gagné peu à peu la cuisse en respectant le genou. Le membre, pendant des années, a eu l'aspect monstrueux de deux ballons durs, gonflés comme des outres, prêts à éclater. Cet œdème n'a jamais gêné la marche, il diminuait par le repos.

La malade a beaucoup maigri et reste couchée depuis dix ans, c'est probablement pour ces raisons que l'œdème segmentaire a pris la forme anormale que l'on constate actuellement.

VI. — *Un cas de délire à deux et deux cas d'hallucinations auditives unilatérales*; par les D^{rs} Lwoff et Condomine. — Dans le cas de délire à deux, il s'agit d'un délire de persécution communiqué par une femme à son mari. La femme est persécutée et hallucinée depuis plus de cinq ans (date d'un premier internement); elle a des troubles sensoriels très accusés, hallucinations auditives, olfactives et génitales. Le mari, qui n'est pas interné, a commencé il y a deux ans, à l'occasion d'une appendicite, à interpréter tous ses symptômes comme des manœuvres des ennemis de sa femme. Depuis lors, grâce à la vie commune et à la grande affection qui les unit, il est entré complètement dans le délire de sa compagne. Actuellement, il est même devenu capable de délirer pour son propre compte sous forme d'interprétations et a pris une part active dans l'association délirante.

MM. Lwoff et Condomine montrent ensuite une malade âgée de soixante-seize ans, atteinte de sclérose des deux oreilles, mais avec perforation du tympan et suppuration à gauche seulement (D^r Castex), côté où elle entend des voix. Y a-t-il relation de cause à effet? Ce n'est pas probable, étant donnée l'ancienneté de la lésion périphérique (début à l'âge de vingt-deux ans). Si celle-ci a joué un rôle, c'est seulement pour fixer à gauche la localisation du trouble sensoriel.

Une autre malade a manifesté, à l'occasion de périodes d'éthylisme subaigu, des hallucinations surtout unilatérales, mais quelquefois aussi bilatérales. Chez elle aucune lésion périphérique ou centrale ne permet une explication anatomique. D'ailleurs, si les voix ont été entendues à l'oreille gauche, cela ne prouve pas qu'elles n'aient été produites que par une moitié du système acoustique, mais seulement qu'elles ont été localisées par la malade dans la moitié gauche du champ auditif.

La comparaison de ces deux malades tend à prouver qu'il n'est pas nécessaire que l'appareil auditif soit lésé en aucun point pour que les hallucinations puissent se localiser à un seul côté.

VII. — *Observation d'un persécuté voyageur*; par les D^{rs} Rogues de Fursac et Vallet. — Observation d'un dégénéré, déséquilibré et débile, persécuté à interprétations délirantes, qui a quitté son pays pour échapper à ses persécutions et réaliser ses projets ambitieux.

Deux points sont intéressants dans cette observation : 1° l'individualisme excessif du malade, qui prétend vivre dans un isolement absolu et transporter avec lui tout ce qui est nécessaire à son existence (matériel de campement, batterie de cuisine, etc.); 2° l'association d'idées délirantes réelles et de phénomènes de mythomanie, association qui fait penser à la simulation et qui rendrait le cas particulièrement délicat dans l'hypothèse d'une affaire médico-légale.

VIII. — *Un cas de sclérose en plaques*; par le D^r Emmanuel Benoist. — M. Emmanuel Benoist, interne du service de M. A. Marie, présente un malade atteint de sclérose en plaques ayant débuté en 1897 par des troubles mentaux. A l'origine, le malade fit une chute et se blessa légèrement à la tête. Immédiatement, survint un état d'obnubilation intellectuelle croissante, puis une courte fugue accompagnée d'ictus hémiplegique et suivie d'une période de coma viril qui motiva l'internement. Les troubles mentaux rétrocedèrent complètement après une durée de trois semaines. Divers troubles persistèrent qui en imposèrent tout d'abord pour une tumeur cérébrale. On pensa à l'origine traumatique des accidents. Actuellement le malade présente le tableau d'une sclérose en plaques. La chute initiale semble avoir été causée par l'ictus.

Séance du 17 janvier 1910.

I. — *Un cas de trophœdème de la jambe*; par le D^r Vigouroux. — M. Vigouroux présente un malade âgé de quinze ans, porteur d'un œdème de la jambe et de la cuisse gauche, œdème segmentaire, blanc, dur, indolore, persistant depuis le jeune âge sans préjudice pour sa santé et lui permettant de marcher sans fatigue. Le grand-père du malade aurait eu également

« une grosse jambe ». Ce trophœdème est très conforme à la description du D^r Meige.

II. — *Un imbécile calculateur*; par le D^r Blin. — M. Blin montre à la Société un enfant de douze ans qui, mentalement situé sur les limites de la débilité et de l'imbécillité, présente une aptitude singulière à indiquer le quantième des jours, surtout pour les années 1908, 1909, 1910, 1911. Le temps de réaction pour indiquer ce quantième varie entre deux et trois secondes. En dehors de cette facilité à calculer les dates, cet enfant est absolument illettré.

Une discussion des plus intéressantes s'engage entre MM. Alfred Binet, Piéron, Dupain et Blin sur ce cas d'un enfant dont le niveau mental est des plus inférieurs et l'éducation nulle, et qui arrive à résoudre des problèmes très compliqués.

III. — *Un cas de paralysie générale juvénile*; par les D^{rs} Lyoff et Condomine. — Les auteurs présentent un syndrome paralytique, très nettement caractérisé chez une jeune fille de vingt-quatre ans, internée depuis l'âge de vingt ans. Les antécédents héréditaires sont très chargés : la mère est morte paralytique générale à Sainte-Anne. De plus, on compte deux tantes aliénées, une cousine idiote, un oncle aliéné et un débile, le grand-père maternel probablement paralytique général et quatre ou cinq de ses frères ou sœurs aliénés, dont un suicidé, une sœur débile.

On n'a pas constaté de stigmates positifs de la syphilis héréditaire ou acquise. Seuls le jeune âge de la malade et la notion de paralysie générale de la mère militent en faveur de l'hérédosyphilis.

La mère a encore eu, au début de l'évolution de sa paralysie générale, une autre fille qui, celle-là, est bien portante. Ce fait est intéressant pour servir à l'étude de la descendance des paralytiques généraux.

IV. — *Apparition du syndrome paralytique à la suite d'un accident du travail*; par le D^r Pactet. — M. Pactet présente un malade, âgé de trente-quatre ans qui avait toujours eu une excellente santé, jusqu'au jour où, il y a dix-huit mois, il fut victime d'un accident du travail. Il fit une chute de 2 mètres de hauteur dans laquelle il se blessa à la face et au genou droit.

A partir de ce moment, il remarqua que sa mémoire diminuait; il éprouvait de plus, une sorte d'état vertigineux et de la faiblesse musculaire qui lui rendait tout travail impossible.

Dix mois plus tard, il fut pris d'une crise d'agitation de courte durée, mais qui rendit nécessaire son entrée à l'Asile.

Il présentait alors de la confusion mentale, de l'embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire, en un mot le syndrome paralytique.

L'état de l'intelligence s'est notablement amélioré depuis trois mois; d'autre part le malade est redevenu capable de travailler, mais il subsiste encore chez lui de l'hésitation de la parole et de l'inégalité pupillaire, sans modification des réflexes lumineux et accommodateur.

L'intérêt du cas réside dans la question de savoir si l'on se trouve en présence d'un syndrome paralytique fugace, consécutif au traumatisme, au lieu d'une paralysie générale définitivement constituée.

Il n'y a guère que l'épreuve du temps pour donner la solution du problème.

V. — *Un cas de simulation*; par le D^r Leroy. — M. Leroy expose le cas d'une femme de trente-cinq ans, internée d'office pour des idées délirantes de grandeur et de possession à teinte mystique, se prétendant enceinte du Christ, qui, une fois transférée à Ville-Evrard, se défend d'être folle et affirme avoir simulé la folie parce qu'elle se croyait enceinte des œuvres d'un jeune homme et éviter une explication délicate avec son mari.

Y a-t-il simulation, comme le dit aujourd'hui la malade, ou réticences dans le but d'obtenir sa sortie? M. Leroy discute ces hypothèses. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est que cette femme, simulatrice ou non, n'en est pas moins une aliénée par dégénérescence héréditaire. Elle a toujours été déséquilibrée avec des idées de grandeur et diverses anomalies du caractère.

VI. — *Traumatisme chez un paralytique général*; par les D^{rs} Vigouroux et Naudascher. — Les auteurs présentent le crâne et le cerveau d'un paralytique général ayant subi un traumatisme important au niveau de la région frontale gauche. Le crâne porte une cicatrice osseuse formant relief à l'intérieur et à l'extrémité du lobe frontal gauche, un ramollissement traumatique au niveau duquel la pie-mère est nettement plus épaisse. Les préparations histologiques montrent que le processus inflammatoire est nettement plus accentué au niveau et autour du ramollissement.

JOURNAUX ITALIENS

**Rivista sperimentale di freniatria e medicina
legale delle alienazioni mentali.**

ANNÉE 1907.

Suite et fin.

XXIV. — *Sur un cas de ramollissement traumatique du corps calleux*; par le D^r V. Forli (numéro de mai). — Sur un individu assez bien portant, sans hérédité morbide, exempt de syphilis et d'alcoolisme, se développe, à la suite d'un violent traumatisme sur la tête, un grave état démentiel. A l'autopsie, petit ramollissement hémorragique circonscrit du corps calleux à gauche de la ligne médiane, au niveau de l'extrémité antérieure du thalamus optique. Le reste de l'encéphale et le crâne sont sains, cependant l'existence de lésions du corps calleux à l'autopsie et de démence pendant la vie n'implique pas qu'il y ait certainement relation de cause à effet entre les deux; car si un certain nombre de faits pèsent en faveur de cette hypothèse, un certain nombre d'autres vont à l'encontre: il est des cas où le corps calleux était détruit presque entièrement et où il n'y avait pas trace de démence. Le fait que l'auteur rapporte de lésion traumatique limitée au corps calleux, avec léger enfoncement de la table interne du pariétal, constitue une rareté anatomo-pathologique, mais il ne permet pas de conclure sur la signification de cette altération. Remarquons que, contrairement à ce qu'ont vu Kronthal, Sperling et Friedmann, il n'y avait pas d'altérations vasculaires dans la région. Rien ne permet d'affirmer en l'absence d'examen direct, que les autres parties de l'encéphale fussent absolument saines.

XXV. — *Les échanges organiques dans la démence précoce*; par le D^r Pighini (numéro de mai). — Dans la démence précoce de Kraepelin, il faut distinguer deux syndromes cliniques qui s'accompagnent chacun d'altérations spéciales des échanges. Dans la phase aiguë du début de la maladie ou comme poussée pendant le cours de l'affection ou pendant une amélioration apparente, existe une grande excitation psycho-sensorielle, de l'agitation motrice, des impulsions violentes, de la sitiophobie

et une légère élévation thermique. On observe alors un bilan négatif de l'azote (urée, acide urique, bases xanthiques, etc.), des phosphates et du soufre, ce qui est l'indice d'une grande destruction de substances protéiques, sulfurées et phosphatées de l'organisme. Dans la phase chronique de la maladie, caractérisée surtout par la démence, du négativisme actif, des tics, des grimaces stéréotypées, des épisodes catatoniques, on a une rétention proportionnelle de l'azote et du phosphore, une perte de soufre et une perte de calcium; cette dernière est indépendante des autres variations observées. Dans les deux phases, on a un ralentissement de l'élimination du chlore et des variations de l'eau excrémentitielle.

XXVI. — *Sur la pathologie du noyau lenticulaire*; par le Dr Grannuli (numéro de mai). — Les hémorragies du putamen, lorsqu'en même temps elles attaquent la région rétro-lenticulaire de la capsule, donnent lieu à une symptomatologie très compliquée qui, étant donnée l'importance anatomique de la région dans laquelle elles se produisent, donnent une symptomatologie qui simule des lésions en foyer du cortex associées à des syndromes psychopathiques, puisque les voies du lem-niscus médian passent en grande partie dans le noyau lenticulaire et y contractent des rapports avec le thalamus et, grâce aux radiations strio-luysiennes, avec le corps de Luys et les radiations strio-thalamiques, le noyau lenticulaire, grâce au corps de Luys et au lem-niscus médian, prend des connexions avec les faisceaux de Goll et de Burdach, ce qui forme probablement une voie trophique. La commissure de Meynert est en rapport avec le noyau lenticulaire, tandis qu'il n'a aucune connexion avec le tractus optique. Il résulte de ces constatations anatomiques, que la pseudo-myélie parasthésique est due à des lésions du noyau lenticulaire ou de la région rétro-lenticulaire de la capsule, que le putamen est un important relai des diverses voies trophiques longues qui très probablement, comme les voies motrices et sensitives, ont une décussation. Les lésions du putamen peuvent produire des hémiatrophies aiguës cérébrales qui n'ont aucun rapport avec la durée des paralysies qui peuvent éventuellement les accompagner dans leur distribution hémilatérale.

XXVII. — *Sur l'influence de l'hérédité morbide dans la paralysie générale*; par le Dr Fornaca (numéro de mai). — Chaque fois que l'hérédité morbide a pris comme caractère saillant de miner le système nerveux central d'une famille

donnée, de nombreuses autres tares entrent en lutte pour dissocier le corps en général et l'intelligence en particulier. Telles sont les émotions, le surmenage, les veilles, l'abus des boissons alcooliques et du coït, les intoxications, les inflammations aiguës ou chroniques qui l'atteignent et qui le terrassent après une courte lutte. Parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale, l'hérédité est le plus important, 70 p. 100 d'après les statistiques de l'auteur. Dans la grande majorité des cas, la paralysie générale se manifeste d'autant plus tôt et avec des formes d'autant plus graves que le sujet est plus taré du côté de ses ascendants. La paralysie générale est une maladie qui s'observe fréquemment chez les membres d'une même famille. La ligne masculine est plus atteinte que la ligne féminine. Dans la première, l'hérédité directe de père à fils est la plus fréquente, 48,8 p. 100, l'hérédité indirecte d'oncle à neveu est de 12,8 p. 100, de grand-père à petit-fils 7,6 p. 100. Dans la ligne féminine, l'hérédité n'est que de 25,6 p. 100, l'hérédité indirecte totale 25 p. 100.

XXVIII. — *Dans le champ de l'étiologie de la pellagre. Quelques méthodes et quelques critiques. Problèmes que l'on prétend résolus et qui sont encore à résoudre*; par le Dr Paladino Blandini (numéro de mai). — Il s'agit toujours de la grande discussion doctrinale qui sépare Gosio de Ceni; l'auteur est un assistant de Gosio, dont il partage les idées, et reproche à Ceni entre autres choses que les accidents produits par l'intoxication pellagreuse ne sont pas identiques à ceux que présentent les animaux inoculés avec les *penicillium* et les *aspergillus*; que le cycle annuel de virulence de ces champignons n'est pas le même que celui de l'activité du pouvoir pellagreu et enfin, il objecte à certaines expériences de Besta que l'action hémolytique est due à l'action du sérum de taupe sur le sérum de chien et non à la toxicité du virus pellagreu du chien intoxiqué. Les expériences de Gosio ont montré que le maïs, même sain, donné trop longtemps comme unique aliment à des animaux, amène chez eux la pellagre. En somme, pour mieux circonscrire la question, Paladino Blandini demande d'étudier l'état sanitaire d'une commune, d'y appliquer dans toute sa rigueur le règlement sanitaire, de lui procurer en abondance du maïs sain et de voir si malgré tout cela il s'y produira encore des cas de pellagre.

XXIX. — *Sur des corpuscules spéciaux périvasaux dans la substance cérébrale*; par le Dr Ugo Cerletti (numéro de

mai). — Lorsqu'on regarde avec l'objectif à immersion, les espaces rétractés situés autour des vaisseaux sanguins du cortex fixés à l'alcool et colorés avec les dérivés aniliques ou à l'hématoxyline, on observe des corpuscules isolés semi-lunaires ou ovoïdes faiblement colorés avec quelquefois un pôle écorné dont la structure est homogène ou qui contiendraient des granulations de forme et de volume variable. Ces corpuscules existent chez le chien, le chat, le lapin, le cobaye et l'homme. Normalement ils sont assez rares, mais paraissent fréquents lorsque le noyau de l'endothélium est mal coloré par le bleu de toluidine et en particulier dans la névrose d'angoisse. Dans la paralysie générale, lorsqu'on les colore au bleu de méthylène, ils présentent un très fin pointillé. Ces éléments n'appartiennent sûrement pas aux parois vasculaires, ils n'ont aucun des caractères des éléments de l'adventice ni de ceux des parois vasculaires et encore moins de l'endothélium des plus fins capillaires. La méthode de Unna Pappenheim les colore très différemment, les uns en vert, les autres en rose; ils n'ont aucun rapport avec les *Mastzellen* ni avec les éléments névrogliaux, pas plus qu'avec les *Gemoestetezellen* de Nissl. En somme, on ignore encore leur signification, mais, comme le dit Nissl : « Déjà le fait de démontrer nettement l'existence d'une donnée microscopique sur laquelle rien n'a encore été noté constitue un progrès dans la science. »

XXX. — *Recherches sur les altérations du réseau neuro-fibrillaire endocellulaire dans le traumatisme expérimental* : par le Dr Todde (numéro de novembre). — L'auteur exerçait sur la région lombaire des animaux en expérience le traumatisme suivant : il y plaçait un bâton et appliquait dessus un vigoureux coup de marteau. Il mettait ensuite les animaux à mort au bout de quelques jours et traitait leur moelle par les méthodes n° 3 et n° 4 de Donaggio. En général, il constatait une augmentation de la densité du réticulum; les plus atteints présentaient une homogénéisation du réseau avec des traces encore nettes de ce réseau, plus rarement de la raréfaction au centre des éléments cellulaires. Une heure et demie après le traumatisme ces lésions étaient déjà visibles, ce qui semble indiquer qu'elles étaient liées à la commotion. Ces résultats tendent donc à confirmer ceux dans lesquels on affirmait que le traumatisme ne déterminait aucune lésion et que ce n'est que lorsqu'on y ajoutait le refroidissement que l'on en constatait; en réalité, il y a des lésions légères d'origine traumatique qui

peuvent passer inaperçues et que le froid a simplement la propriété d'aggraver et de rendre plus évidentes.

XXXI. — *Glycosurie et lévosurie alimentaires dans quelques formes de maladies mentales : épilepsie, psychose pellagreuse, paralysie générale, démence précoce*; par le Dr L. Lugiatò (numéro de novembre). — La réaction de Schwanof est la suivante : Si à une solution contenant de la lévulose, on ajoute de la résorcine et de l'acide chlorhydrique, on obtient un précipité qui se dissout dans l'alcool en le colorant en rouge. Est-elle absolument spécifique de la lévulosurie, quoiqu'elle soit positive, quelquefois même dans une urine normale? Dans le cas de l'affirmative, l'épreuve de la lévosurie alimentaire est-elle réellement plus sûre que celle de la glycosurie alimentaire, quoiqu'elle soit positive chez un certain nombre de sujets normaux et quelle que soit la quantité de sirop? L'auteur n'a jamais constaté de glycosurie alimentaire chez les gens sains, il n'a constaté qu'une fois la glycosurie chez des aliénés. La réaction de Schwanof est positive, lorsqu'un sujet normal a absorbé du sirop de sucre, elle apparaît de quatre à cinq heures après l'ingestion; elle est variable d'intensité; elle se produit quelquefois pendant quarante-huit heures après l'ingestion, mais généralement elle diminue après huit à dix heures. Elle ne paraît guère varier avec la quantité de sirop ingéré. En somme, elle n'apprend pas grand'chose.

XXXII. — *Nouvelles recherches sur l'indoxylurie dans les maladies mentales*; par le Dr Pardo (numéro de novembre). — L'indoxyl a été recherché avec un spectro-colorimètre. Dans les urines de certains aliénés qui traversent des périodes graves et prolongées d'excitation intellectuelle ou motrice, particulièrement chez les périodiques et les épileptiques, l'indoxyl apparaît soit spontanément, soit après adjonction d'acide chlorhydrique sous forme d'indorubine et non, comme il arrive généralement, d'indigotine. Ce phénomène que l'on peut appeler indorubinurie se vérifie toujours à la suite de troubles digestifs graves, comme l'attestent la réaction alcaline de l'urine, son trouble, l'abondance des sédiments (phosphates et carbonates terreux amorphes), l'augmentation de son pouvoir réducteur. Il est vraisemblable que cet état soit dû à l'action de microorganismes émigrés en grand nombre de l'intestin vers les voies urinaires. La signification clinique de l'indorubinurie n'est pas celle qui résulterait si elle n'était qu'une forme d'indoxylurie, mais c'est aussi un signe de putréfactions intestinales exagérées

d'une défense insuffisante de l'organisme et en particulier de l'affaiblissement des fonctions protectrices de l'intestin et du foie.

XXXIII. — *Les toxines pellagreuses en rapport avec les diverses substances alimentaires et avec les saisons de l'année*; par le D^r Ceni (numéro de novembre). — Les extraits alcooliques des cultures de *pénicillium glaucum* qui croissent spontanément et à diverses époques de l'année sur les melons et les citrons sont, tantôt parfaitement inoffensifs même à haute dose, tantôt ils causent des phénomènes d'intoxication analogues à ceux qu'on obtient avec des extraits de leur culture pure. Le fromage de Gorgonzola, veiné par la présence du *pénicillium glaucum*, est administré à des chiens et détermine des phénomènes d'intoxication grave et subaiguë avec paralysie et dépression. L'activité toxique du *pénicillium glaucum* qui végète spontanément à différentes époques de l'année et sur différents milieux (pain, pollenta de maïs ou de châtaigne, patates, liquide de Raulin), présente une action nettement toxique, tantôt avec des caractères de poison tétanisant et excitant, tantôt avec ceux de toxique déprimant et paralysant, et tantôt parfaitement inoffensif. L'activité toxique du *pénicillium glaucum* varie notablement dans le milieu de culture; le citron et le pain fournissent les milieux les mieux adaptés pour la production de toxines spécifiques; les moins adaptés sont la patate et les pollenta. Toutes les variétés du *pénicillium glaucum* n'ont pas une égale activité toxique dans les milieux de culture. Les toxines excitantes et tétanisantes sont particulièrement élaborées quand le champignon croît sur un terrain où il a la plus grande activité toxique (citron). Au contraire, ceux qui sont déprimants et paralysants sont élaborés de préférence dans les milieux d'activité moindre (melon). L'activité toxique du *pénicillium glaucum* varie très notablement de saison à saison. En Italie, pendant l'hiver même, dans les milieux les plus favorables, il ne produit pas de toxines; au contraire, au printemps et à l'automne, il est particulièrement toxique. Les toxines tétanisantes sont particulièrement abondantes à l'époque du maximum de toxicité du champignon; il y a en outre des variations individuelles.

XXXIV. — *Contribution à l'étude de l'acromégalie*; par le D^r Franchini (numéro de novembre). — D'après cet auteur, les lésions de l'hypophyse et celles de la thyroïde seraient, dans l'acromégalie, des phénomènes secondaires à une intoxication

générale, qui selon toute probabilité a son point de départ dans l'intestin. L'auteur n'est pas affirmatif, mais il entrevoit là une nouvelle théorie de cette maladie. L'intoxication chez l'acromégale attaque les tissus les plus délicats de l'organisme et tout particulièrement les glandes à sécrétion interne. C'est alors que le tableau de la maladie devient si complexe et présente de nombreuses analogies avec la maladie de Basedow et le myxœdème. Elle peut coïncider avec le diabète, ce qui indiquerait probablement une participation du pancréas au processus pathologique; il y aurait augmentation générale des graisses dans l'organisme, ce que démontreraient l'examen macroscopique et microscopique des os et de nombreuses radiographies. Franchini a trouvé chez certains sujets, de l'épaississement à certains niveaux de quelques os avec, au contraire, du ramollissement et de la décalcification de certains autres, comme la phalange des doigts. La décalcification paraît plus abondante au début de la maladie qu'à une période plus avancée. Il y a aussi des troubles de l'élimination de l'azote, des graisses et du phosphore. Tous ces phénomènes sont encore mal connus et ont besoin d'être étudiés de plus près. Comme traitement de l'acromégale, Franchini rejette les tablettes d'hypophyse qui aggravent, d'après lui, la situation et produisent des vomissements, des vertiges et des nausées, ainsi que la thyroïdine qui cause de l'amaigrissement; il leur préfère la paragangline Vassale qui améliorerait l'état intestinal, diminuerait les sueurs et l'asthénie. A un stade avancé de la maladie, il opposerait le phosphore; mais au début, il préconiserait avant tout les antiseptiques intestinaux.

XXXV. — *Sur la délinquance, la folie et l'inaptitude au service militaire, leur prévention*; par le D^r Petro (numéro de novembre). — Beaucoup de dégénérés ne peuvent se soumettre aux exigences du service militaire; l'auteur répudie à bon droit les théories antimilitaristes d'Hamon; l'armée est un organisme nécessaire à l'état social actuel. Ce n'est pas dans ses rangs que l'on rencontre un grand nombre de dégénérés; ils sont plus fréquents en Italie, bien entendu, chez les agents de police et les douaniers, que l'auteur représente comme des individus de faible niveau intellectuel, ne sachant à quoi employer le peu d'aptitudes qu'ils présentent. Chez ces tarés, on rencontre la brutalité envers les autres comme envers soi-même; ceux qui ne peuvent s'adapter à ce milieu spécial se suicident ou bien cherchent à se faire réformer en simulant la folie ou en se fai-

sant condamner pour un délit de droit commun; chez eux, il n'est pas rare non plus de rencontrer des alcooliques. D'ailleurs, les simulateurs militaires ou assimilés qu'a en vue Petro, appartiennent à la catégorie des tarés, comme nous le savons depuis Lasègue. Sur 26 simulateurs, 14 n'étaient que de grossiers imitateurs de la folie, et remarquons que sur ce nombre 12 étaient des agents de police ou des douaniers, ce qui prouve l'aphorisme de l'auteur, relativement à l'Italie; l'ambiance dans l'armée est moins mauvaise que celle de ces corps militaires. Quelle différence chez nous, où la douane et la gendarmerie sont formées d'une élite! Saporito a décrit chez certains soldats une épilepsie militaire pantoclastique, qui me paraît être identique avec ce que dans nos troupes d'Algérie on appelle vulgairement le cafard. Petro n'a vu que deux paralytiques généraux militaires: comme en France, c'étaient des militaires de carrière, un brigadier de police et un officier. Parmi les dégénérés qu'il a observés il y en avait un qui avait été condamné antérieurement à son internement. En somme, la vie militaire n'influe pas sur les jeunes gens appelés sous les drapeaux, il faut rejeter de l'armée les imbéciles, les dégénérés, les déséquilibrés, les épileptiques. Pour cela, il faudrait avoir un « curriculum vitæ » de ces sujets qui serait présenté au conseil de revision. Cela paraît à Petro assez difficile à mettre en pratique; d'aucuns préconisent une enquête par l'autorité municipale ou par le médecin officiel. Petro croit avoir trouvé la solution en soumettant une fiche indiquant les particularités biographiques rétrospectives des conscrits à une commission spéciale formée par un représentant de l'autorité communale, un délégué de la police et un médecin local; un spécialiste serait adjoint à la commission pour faire l'examen anthropologique du sujet. Cette commission pourra requérir la mise en observation dans un asile, ce qui est plus logique, que dans un hôpital militaire, comme cela a lieu actuellement.

XXXVI. — *Folie sensorielle chez un phrénasthénique*; par le Dr Rossi (numéro de novembre). — Un soldat dérobe à l'autorité militaire quelques objets valant ensemble 18 fr. 70. L'auteur fut chargé de son examen psychique et conclut ainsi: Ce soldat est atteint d'une insuffisance mentale ayant les caractères de l'imbécillité; c'est dans un état congénital qui s'accompagne de stigmates de dégénérescence physique évidents de la face et du crâne. Sur ce terrain éminemment bien préparé s'est développée une folie sensorielle avec manifestations dé-

pressives et stupides, due à une commotion morale soudaine et violente. L'acte qui lui est reproché a tous les caractères d'un acte insensé et ne peut avoir été commis que par un cerveau dénué de jugement et d'esprit critique. Il est donc irresponsable et doit être interné. L'autorité militaire s'est rangée à ces conclusions; le soldat en question a été réformé et interné.

XXXVIII. — *Quelques propositions relatives à une unification technique dans la récolte du matériel pour les recherches sur le système nerveux central de l'homme*; par le Dr Pérusini (numéro de novembre). — L'auteur propose de prendre un minimum de pièces et de choisir, comme liquides fixateurs, le formol et l'alcool. Pour recueillir ces pièces, il libère la surface des circonvolutions, la sépare de la pie-mère, pratique des ablations en des points de la surface des circonvolutions qu'indique une figure; il obtient ainsi sur chaque hémisphère, quatre blocs représentant les lobes frontal, temporal, occipital et pariétal. Il divise chacun d'eux en deux parties; l'une est traitée par le formol au dixième, l'autre par l'alcool. De même il prélève un échantillon à la face interne et un autre à la face inférieure du cerveau, deux sur le cervelet, deux sur la moëlle épinière et le bulbe, soit au total 16 échantillons.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

La cellule nerveuse; par le Dr G. Marinesco, professeur de clinique des maladies nerveuses à l'Université de Bucarest, avec une préface de M. le professeur Ramon y Cajal. 2 volumes in-18, de l'*Encyclopédie scientifique* du Dr Toulouse. Paris, Octave Doin et fils, 1909.

Le problème du neurone est passionnant et plein d'actualité; mieux que personne le Dr Marinesco était qualifié pour le présenter aux lecteurs de l'*Encyclopédie scientifique*. En deux volumes très élégants et copieusement illustrés le professeur de Bucarest a su rassembler tous les documents bibliographiques sur la question et traiter ce problème si complexe au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.

M. Marinesco est un adepte fervent de la théorie du neurone; il s'attache à démontrer « que le neurone anatomique n'est pas mort mais qu'il vit toujours ». Depuis quelques années, en effet, se poursuit une véritable lutte entre les histologistes partisans et adversaires de l'hypothèse classique, à tel point qu'on a pu parler de « la bataille du neurone ». C'est à cette bataille que nous fait assister M. Marinesco avec peut-être un peu de complaisance pour la théorie qu'il défend. L'accord est loin de se faire, car en histologie, comme le fait remarquer Cajal dans la préface de l'ouvrage, on discute aussi bien les faits que les théories.

Mais il s'agit là d'une controverse déjà ancienne, alimentée par quelques arguments nouveaux. Le livre de M. Marinesco est intéressant à bien d'autres points de vue; il signale une foule de détails qui prouvent que le neurone n'est pas un élément immuable et qu'il peut, comme les autres cellules, réagir sous l'action des excitants extérieurs; il suffit de rappeler à ce sujet la réaction des nerfs après leur section et le changement de forme des cellules des ganglions rachidiens chimiquement irrités ou transplantés.

Toutes les acquisitions récentes de l'histologie nerveuse, les

théories histophysiologiques et enfin le grand problème du neurone sont rassemblées avec clarté, précision et méthode.

Le premier volume est consacré à la cellule normale. M. Marinesco insiste beaucoup sur la structure fine du neurone, en particulier sur les neurofibrilles et les granulations chromatophiles. Il résume les travaux les plus récents sur la constitution des granulations, sur leur structure chimique qui les rapproche de la chromatine et peut faire penser à leur origine nucléaire. A propos des cellules des ganglions spinaux et sympathiques, il rappelle qu'un grand nombre d'entre elles s'éloignent du type monopolaire classique et possèdent des ramifications dendritiques épaisses et courtes, autour desquelles se rassemblent un grand nombre de fines terminaisons cylindraxiles. Les autres modes de contact interneuronique, corbeilles, boutons terminaux, sont aussi décrits avec détails.

Plus de cinquante pages sont consacrées à la structure du noyau étudié surtout au point de vue chimique.

Vient ensuite la description des canalicules endocellulaires que M. Marinesco considère avec la majorité des auteurs comme des voies de pénétration pour les liquides nutritifs. Les inclusions cellulaires sont très longuement étudiées et divisées en : granulations colorables, granulations colorées, centrosome.

Toutes les discussions sur l'unité anatomique du neurone sont réunies dans le chapitre : « Réseaux et anastomoses ». Nous y trouvons l'exposé des recherches d'Apathy, de Bethe, etc., et aussi les résultats diamétralement opposés trouvés par Cajal sur la même espèce animale; nous y voyons l'opposition de la continuité à la contiguité, des réseaux aux plexus et le reproche réciproque de ne pas colorer ce qu'il faudrait voir.

La même discussion se poursuit sur le terrain embryologique. Faut-il croire avec His, Cajal et les classiques, que sur chaque neuroblaste pousse un prolongement cylindraxile allant jusqu'à la périphérie sensitive ou motrice? Faut-il croire avec Levi, Bethe, Besta, etc., que la fibre nerveuse provient d'une chaîne de cellules à l'intérieur desquelles se différencient des neurofibrilles qui s'uniront plus tard? Là encore on discute sur ces faits.

Les opinions sont aussi opposées en physiologie. M. Marinesco étudie d'abord la fonction des neurofibrilles qui sont sans doute les éléments conducteurs de l'influx nerveux, à l'exclusion de la substance interfibrillaire qui, comme l'a montré Bethe,

peut subir une compression très marquée sans interrompre la conductibilité du nerf. M. Marinesco rappelle son opinion sur les granulations chromophiles qu'il considère, non comme des éléments nutritifs ordinaires, mais comme « la substance génératrice des forces de tension nerveuse. La mémorable expérience de Bethe a sérieusement ébranlé la doctrine classique faisant du corps cellulaire le centre du réflexe. Chez *Carcinus Mænas*, les ganglions nerveux sont formés d'une partie centrale ou neuropile, entrelacement compact de fibres nerveuses, et d'une partie périphérique où se réunissent les cellules motrices. Bethe a réussi à détruire toutes ces cellules dans le centre nerveux de la deuxième antenne sans pour cela supprimer le réflexe. Il conclut de cette expérience que la partie nucléée du neurone, simple organe de nutrition, n'est pas nécessaire pour la production de réflexes et aussi que le neuropile est un véritable réseau. M. Marinesco rappelle les objections qu'on peut opposer à cette affirmation : l'interprétation anatomique d'un fait physiologique est contestable ; d'ailleurs, l'expérience de Bethe montre seulement que ce cytoplasme juxta-nucléaire n'est pas nécessaire à la production du réflexe ; il existe, en effet, dans le neuropile du cytoplasme diffus.

Ayant ainsi défendu le neurone au point de vue anatomique, embryologique, physiologique, l'auteur peut exposer la loi de la polarisation dynamique, énoncée de façon différente par Van Gehuchten et Cajal, et d'après laquelle dans un neurone l'influx nerveux va toujours dans le même sens.

L'histophysiologie des cellules glandulaires est à l'ordre du jour : on connaît bien les modifications du cytoplasme et du noyau à l'état d'activité et de repos ; pareil travail a été fait pour la cellule nerveuse. On a surtout étudié les modifications des granulations chromophiles. Pour Luxemburg, Marinesco, etc., l'énergie nerveuse potentielle réside dans les granulations chromophiles, qui constituent un véritable protoplasma différencié (kinétoplasma). Parallèlement, Cajal et Tello ont étudié les modifications des neurofibrilles dans les divers états fonctionnels de la cellule.

A la suite des travaux de MM. Duval et Lépine, on avait admis l'amiboïsme des cellules nerveuses. Les dendrites sont hérissés d'une multitude d'épines ou appendices piriformes ; ces derniers se rétractent parfois sous forme de nodosités (état perlé). On croyait que cette rétraction suspend momentanément la contiguïté de neurones voisins produisant ainsi

le sommeil, certaines paralysies hystériques, etc. Cette hypothèse semble devoir être abandonnée depuis qu'on sait que les appendices piriformes ne contiennent pas de neurofibrilles, seul élément conducteur de l'influx nerveux. Dans certaines conditions cependant, les cellules nerveuses jouissent d'une grande plasticité, comme l'ont montré Nageotte et Marinesco. Après la greffe certaines cellules des ganglions spinaux produisent un grand nombre d'expansions dendritiques fines ou épaisses, se terminant parfois en massue; ces néo-dendrites sont permanents.

Après une description si complète de la cellule nerveuse normale, il est facile d'étudier sa cytologie pathologique. C'est à elle qu'est consacré le second volume de M. Marinesco.

On doit classer en deux grands groupes les lésions des cellules nerveuses. Les unes sont indirectes et consécutives à une altération quelconque du cylindraxe, les autres sont le résultat de l'action directe des agents physiques ou toxiques.

Les lésions indirectes des neurones moteurs permettent l'étude des origines réelles des nerfs. Il s'agit de chromatolyse caractérisée par la tuméfaction du corps cellulaire par la désintégration des granulations chromophiles près de l'origine de l'axone et autour du noyau et enfin par le déplacement du noyau. Cette chromatolyse peut être le résultat d'une lésion quelconque du cylindraxe : compression, section, arrachement, polynévrite, etc. A la chromatolyse succède une période de réparation cellulaire, qui peut manquer si le cylindraxe a été traumatisé de façon excessive. M. Marinesco estime qu'il y a une relation intime entre la soudure du nerf sectionné et la réparation des cellules en chromatolyse; si l'un des deux phénomènes manque, l'autre manquera aussi. Pour les neurones sensitifs, la chromatolyse se produit aussi; mais elle est bien plus marquée après la section du nerf périphérique qu'après celle de la racine postérieure. Les cellules des ganglions spinaux présentent en outre dans certains cas (polynévrite, tabes), une transformation spéciale appelée par Cajal : état fenêtré. Le contour de la cellule est occupé par des expansions en forme d'arceau dont l'intérieur vide figure une fenêtre; on voit aussi, en même temps que les anses péricellulaires, des expansions protoplasmiques polymorphes. Cet état fenêtré, fréquent à la suite des lésions des branches périphériques et centrales des ganglions spinaux, s'observe parfois à l'état normal et assez souvent dans les lésions directes de la cellule (rage).

Cette solidarité entre le corps cellulaire et les prolongements dont nous venons de parler, était connue depuis les travaux de Waller ; les résultats de cet auteur ont été récemment contestés et rectifiés.

La dégénérescence du bout périphérique, après la section du nerf, reste vraie ; mais on n'admet plus l'intégrité du bout central et on discute beaucoup pour savoir comment s'effectue la régénérescence du bout périphérique. Klippel et Durante ont montré qu'on trouve des fibres dégénérées dans le bout central d'un nerf sectionné ; ils admettent une dégénérescence ascendante cellulipète. Actuellement, on sait que cette dégénérescence est descendante et consécutive à l'atrophie de certains corps cellulaires irréparablement lésés par le traumatisme provoqué par la section nerveuse.

Le processus histologique de suture du nerf sectionné a été bien étudié par Perroncito, Cajal, Marinesco. Les cylindraxes du bout central se dissocient en neurofibrilles, s'effilochent longitudinalement ; ils produisent de nombreuses collatérales, des terminaisons en massue, en boutons, des appareils spiraux constitués par un axe neurofibrillaire à peu près rectiligne autour duquel s'enroulent des collatérales en spirale. Cette réaction régénérative est guidée par des cellules dérivant des noyaux de la gaine de Schwann (cellules apotrophiques de Marinesco), qui se disposent en files et, par chimiotaxie, attirent vers le bout périphérique cette riche végétation neurofibrillaire.

A propos de la régénérescence autogène reparait la lutte pour et contre le neurone. Dans certains cas, après résection du bout central du sciatique des ganglions rachidiens et des racines antérieures, on retrouve dans le bout périphérique des fibres nerveuses régénérées. Bethe et les adversaires de la doctrine du neurone ont beau jeu pour soutenir que l'action du corps cellulaire n'est pas nécessaire pour la régénérescence et que les neurofibrilles nouvelles proviennent des cellules de la gaine de Schwann. M. Marinesco, qui a reproduit lui-même ce phénomène, trouve que « l'explication de ces faits est difficile à donner », mais que cependant la régénérescence autogène au sens de Bethe ne doit pas être admise.

L'auteur étudie ensuite le mécanisme intime du trophisme. Pour lui, « il y a solidarité étroite entre les diverses parties constituant le neurone. Toutes ces parties jouent un rôle trophique, les unes par rapport aux autres » ; de plus, « il y a solidarité étroite entre les différents neurones ; toute

perturbation dans la fonction d'un neurone peut retentir sur le neurone suivant. Les cellules radiculaires antérieures, par exemple, s'atrophient après résection des ganglions spinaux correspondants et surtout après section simultanée des ganglions et de la moelle épinière au-dessus d'elles. Fonction nerveuse et nutrition cellulaire sont donc absolument solidaires ; en un mot « le neurone vit de sa fonction ».

Les lésions directes des cellules nerveuses peuvent résulter du traumatisme, de l'action des agents thermiques ou de substances toxiques.

A propos du traumatisme, il est intéressant de signaler la cautérisation directe de l'écorce cérébrale qui s'accompagne d'une ébauche de caryokinèse des cellules pyramidales, mais sans division cellulaire complète, ni régénérescence des éléments détruits. La chaleur et le froid produisent des lésions longuement décrites. A propos de l'hibernation, M. Marinesco rappelle les résultats classiques obtenus par Cajal et Tello.

L'étude des lésions des cellules nerveuses consécutivement à l'action des toxiques est appelée à un grand avenir. Ces lésions sont caractérisées par une chromatolyse habituellement diffuse ou périphérique, certaines substances toxiques limitant leur action à la périphérie de la cellule. Nous avons vu précédemment que la chromatolyse consécutive aux lésions de l'axone est périnucléaire. La chromatolyse produite par chaque substance toxique ne présente pas une allure absolument spécifique, mais revêt parfois des caractères assez spéciaux.

Les chapitres suivants sont consacrés aux lésions de la rage, du botulisme, de l'inanition, de l'anémie. L'anatomie pathologique de la rage nous montre développées au maximum, les réactions dégénératives des cellules nerveuses et satellites. Tandis que ces dernières prolifèrent activement pour former le nodule rabique, la cellule nerveuse présente de la chromatolyse intense, une simplification et un épaissement des neurofibrilles, l'apparition de pseudo-dendrites, l'état fenêtré et enfin des corps dégénératifs spéciaux, les corpuscules de Negri.

M. Marinesco termine l'histopathologie de la cellule nerveuse par une étude synthétique sur la neuronophagie. Pour lui la neuronophagie est une véritable phagocytose ; il ne faut pas la confondre avec la simple pénétration des cellules satellites à l'intérieur des cellules nerveuses. « La neuronophagie ne s'exerce qu'au détriment de cellules profondément altérées, ou pour mieux dire, de cellules mortes. » Le terme neuronophagie

phagie devrait être remplacé par celui de nécrophagie. Les agents de la neurophagie sont toujours des cellules mobiles et d'origine mésodermique : ce sont, tantôt de véritables leucocytes émigrés des vaisseaux, tantôt des cellules spéciales, décrites par Cajal et Oloriz. Ces dernières, corpuscules étoilés ou fusiformes siégeant sous la capsule péricellulaire dans les ganglions craniens ont des propriétés amiboïdes et deviennent des macrophages dévorant les cellules mortes. Ainsi que Nageotte et Marinesco l'ont montré, elles creusent des galeries à l'intérieur de la cellule nerveuse, utilisant peut-être le réseau des canalicules endocellulaires de Holmgreen, elles s'adaptent à la forme de ces galeries et se bourrent peu à peu de fines granulations provenant du cytoplasme digéré.

Telles sont les grandes lignes de l'ouvrage de M. Marinesco. On voit qu'il a conçu ce sujet intéressant de façon très originale et qu'il s'est attaché à exposer les acquisitions les plus récentes de la neurologie. Ce travail de synthèse épargnera de longues lectures; il présente sur les ouvrages didactiques ordinaires l'avantage incomparable d'être fait par un homme de laboratoire qui a pris une part active à l'édification des connaissances qu'il résume.

D^r PAUL GUIRAUD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BIAUTE. Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'Hospice général de Nantes pendant l'année 1908, 14 p. in-8°. Nantes, imprimerie C. Mellinet, 1909.

AUGUSTE DENAIS. Folie, dégénérescence, dépopulation, 91 pages in-8°. Nantes, librairie Libacos, 1909.

UGO VIVIANI. Sulla cura dello « stato di male » epilettico col bromuro di potassio per via ipodermica, 13 pages in-8°. Extrait de *Il Cesalpino*, numéro de juin 1909.

CHATELAIN. Derniers contes, 1 vol. in-12 de 311 pages. Neuchâtel, Attinger frères, s. d.

BERNARDO ETCHEPARE. El alcoholismo mental en el Uruguay, 32 pages in-8°. Extrait de la *Revista medica del Uruguay*, juin 1909.

THEOPHIL BECKER. Der angeborene Schwachsinn in seinen Beziehungen zum Militärdienst, 1 vol. in-8° de 211 pages, cart. à l'anglaise. Berlin, August Hirschwald, 1910.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1910

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 27 décembre 1909, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1910.

Ont été élus :

Président : M. ARNAUD ;

Vice-président : M. SÉRIEUX ;

Secrétaire général : M. RITTI ;

Secrétaires annuels : MM. DUPAIN et VIGOUROUX ;

Trésorier : M. PACTET.

Bibliothécaire-archiviste : M. BOISSIER.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 1, rue Dupuytren. — 30 janvier 1860.

CHARPENTIER, médecin honoraire de la Salpêtrière, 98, rue des Chesneaux, Montmorency (Seine-et-Oise). — 30 mai 1881.

NAGEOTTE, médecin de Bicêtre, 82, rue Notre-Dame-des-Champs. — 25 juillet 1898.

TAGUET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 13 novembre 1875.

VOISIN (Jules), médecin honoraire de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare. — 10 novembre 1879.

MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton, 6, rue Scheffer. — 27 mars 1899.

ARNAUD (L.-F.), médecin-directeur de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

- BALLET (Gilbert), professeur de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 mai 1883.
- BLIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOISSIER (François), médecin, 276, boulevard Raspail, Paris. — 29 octobre 1894.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
- BROUSSE (Paul), médecin, député, 2, rue des Fossés-Saint-Marcel. — 26 novembre 1906.
- CHASLIN (Ph.), médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- CLÉRAMBAULT (de), médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de police, 23, quai Voltaire. — 30 décembre 1907.
- COLIN (H.), médecin en chef de l'asile de Villejuif, 26, rue Vauquelin. — 29 février 1892.
- DENY, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière. — 27 décembre 1897.
- DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 juin 1888.
- DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 17, rue Ballu. — 26 décembre 1898.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JANET (Pierre), médecin, professeur au Collège de France, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 janvier 1895.
- KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 29 novembre 1897.
- KLIFFEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1888.
- LEGRAS, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 7, rue Saulnier. — 26 décembre 1898.
- LEROY (Raoul), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 mars 1898.
- LWOFF, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 20 janvier 1893.
- MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- PACTET, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 29 février 1892.
- PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, 81, rue Saint-Lazare. — 17 avril 1905.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la Maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.

- RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 156, boulevard Haussmann. — 30 novembre 1896.
- RITTI (Ant.), médecin en chef honoraire de la maison nationale de Charenton, 68, boulevard Exelmans. — 27 mars 1876.
- ROGUES DE FURSAC, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 février 1910.
- ROUBINOVITCH (G.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 115, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 juin 1892.
- SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAIGNE (René), médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 mai 1891.
- TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard Raspail. — 31 janvier 1887.
- TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1892.
- TRENEL, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1895.
- TRUELLE, médecin-directeur de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1901.
- VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 15, rue Soufflot. — 12 mars 1883.
- VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 mars 1893.

MEMBRES CORRESPONDANTS

- ANGLADE, médecin en chef, maison de santé de Château-Picon, chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 juillet 1899.
- ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.
- BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 51, rue Miromesnil, Paris. — 27 novembre 1899.
- BESSIÈRE, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure). — 26 juin 1905.
- BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 juin 1880.
- BLAISE, médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 janvier 1889.

- BOETEAU, médecin, 18, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 juin 1892.
- BONNET, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne. — 25 janvier 1892.
- BOUBILA, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 20, rue Saint-Jacques, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1892.
- BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, Saint-André-lès-Lille (Nord). — 12 mars 1894.
- BOURDIN (V.), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 28 juin 1897.
- BRETON, médecin, 15, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
- BUSSARD, médecin-adjoint de la maison de santé de Saint-James, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 29 juillet 1907.
- BUVAT, médecin de la Maison de santé, 130, rue de la Glacière, Paris. — 27 mars 1905.
- CAPGRAS, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 janvier 1906.
- CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord). — 27 novembre 1905.
- CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 juin 1898.
- CHARPENTIER (René), chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 30 décembre 1907.
- CHENAIS, médecin résidant à l'établissement hydrothérapique, 13, rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 mars 1903.
- COLOMAN, médecin, 37 bis, rue de Ponthieu, Paris. — 27 octobre 1902.
- COLOMBANI, médecin, 15, rue d'Arzew, Oran (Algérie). — 27 janvier 1902.
- COMAR, médecin-directeur de la Maison de santé, 130, rue de la Glacière. — 28 juillet 1902.
- COULON, médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 30 janvier 1899.
- CULLERRE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 27, rue de Strasbourg Nantes (Loire-Inférieure). — 30 juin 1879.
- DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1^{er} juin 1896.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 mars 1871.
- DELMAS, chef de clinique des maladies mentales à la faculté de Paris, 3, place de Rennes. — 26 avril 1909.
- DÉRIOQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 novembre 1888.
- DEVAUX, médecin, 3, rue Hippolyte-Lebas, Paris. — 24 juillet 1905.
- DHEUR, médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 février 1898.

- DIDE (Maurice), médecin-directeur de l'asile de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 28 *janvier* 1901.
- DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 1, place Foire-au-Roi, Tours (Indre-et-Loire). — 27 *mars* 1870.
- DROMARD, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 29 *octobre* 1906.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 24 *novembre* 1890.
- DUFOUR, ancien député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 27 *novembre* 1871.
- DUHEM, médecin-adjoint du Sanatorium, 145, route de Versailles, Boulogne-sur-Seine (Seine). — 29 *avril* 1907.
- DUMAS (Georges), chef de laboratoire de psychologie à la clinique des maladies mentales, 49, boulevard Saint-Germain, Paris. — 28 *juillet* 1890.
- DUMAZ, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 *février* 1891.
- DUPOUY, ancien chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 29 *juillet* 1907.
- FABRE DE PAREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 *juin* 1880.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 *janvier* 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 *janvier* 1889.
- GIMBAL, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne). — 25 *juillet* 1904.
- GIRAUD (Albert), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 15, rue Louis-Malliot, Rouen (Seine-Inférieure). — 22 *mai* 1882.
- GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 *février* 1894.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 *décembre* 1882.
- GUIBERT, médecin en chef honoraire de l'asile d'aliénés, 3, rue Pohel, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 *juin* 1897.
- HAMEL, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *janvier* 1895.
- HANNION, médecin, Nogent-s.-Vernisson (Loiret). — 29 *octobre* 1894.
- HARTENBERG (Paul), médecin, 64, rue de Monceau, Paris. — 24 *juin* 1907.
- HOSPITAL, médecin en chef honoraire de l'asile Sainte-Marie, 22, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 *mai* 1872.
- JACQUIN, médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, Bourg (Ain). — 25 *novembre* 1907.

- JUQUELIER, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Anne, 1, rue Cabanis. — 29 mai 1905.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACHAUX, médecin-directeur de la maison de santé de Sainte-Marthe, 8, boulevard Louis-Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.
- LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.
- LAGRIFFE, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 bis, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 décembre 1901.
- LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 28 novembre 1898.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, 1057, Avenida de Mayo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LARROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LE FILLIATRE, médecin, 5, avenue des Écoles, Villejuif (Seine). — 30 décembre 1895.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LÉPINE (Jean), professeur agrégé de la Faculté de médecine, 30, place Bellecour, Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LEVASSORT, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne). — 27 janvier 1908.
- LEVET, médecin-directeur de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre). — 29 juin 1908.
- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARCHANT, médecin en chef de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 25 mars 1901.
- MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 janvier 1893.
- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.

- MAUPATÉ, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord). — 28 mai 1894.
- MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 juillet 1891.
- MIGNOT (Roger), médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1905.
- NICOLAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 février 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.
- NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 février 1898.
- OLIVIER (Maurice), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura). — 24 juin 1907.
- PAGE, directeur-médecin de l'établissement hydrothérapique, Bellevue (Seine-et-Oise). — 26 mars 1906.
- PAILHAS, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 janvier 1897.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PARANT (Victor), fils, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 novembre 1872.
- PERPÈRE, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, 9, rue Faustin-Hélie, Paris. — 24 décembre 1906.
- PHILIPPE (Jean), médecin, chef des travaux du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, rue de la Pitié, Paris. — 24 mars 1902.
- PHULPIN, médecin, 141, rue de Rennes, Paris. — 29 mai 1905.
- PICARD, médecin de la maison de santé de la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PICHENOT, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Buxy (Saône-et-Loire) — 18 décembre 1905.
- PIÉRON (H.), préparateur à l'Ecole des Hautes-Etudes, 50, rue d'Assas, Paris. — 27 avril 1903.
- PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, Faculté de médecine, Lyon (Rhône). — 12 mars 1883.
- PITRES, professeur à la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 novembre 1896.
- PRON, médecin, 3, rue Michelet (Alger). — 28 décembre 1903.
- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 24 décembre 1888.
- RAVARIT, médecin-adjoint de l'asile d'aliénées, 7, rue Boncenne, Poitiers (Vienne). — 30 novembre 1908.

- RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 mai 1900.
- RÉGIS (Emmanuel), professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.
- RÉMOND (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse. — 29 avril 1907.
- REVERTÉGAT, médecin, 43, boulevard Haussmann, Paris. — 29 janvier 1906.
- REY (Ph.), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 26, boulevard Philipon, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RICHE (André), médecin de l'hospice de Bicêtre, 46, rue du Général-Foy, Paris. — 25 février 1907.
- RIEDER, médecin, 26 bis, aven. Raphaël, Paris. — 27 novembre 1905.
- RIST (Adrien), 29, rue de Béthune, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- RODIET, médecin-directeur de la Colonie familiale, Dun-sur-Auron (Cher). — 25 novembre 1907.
- ROUBY, médecin de la maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.
- SIMON (Th.), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 24 mai 1909.
- SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 février 1905.
- TATY (Th.), médecin-directeur de la Maison de Santé, 161, rue de Charonne, Paris. — 26 février 1901.
- TERRIEN, directeur du Sanatorium de Doulon-lès-Nantes (Loire-Inférieure). — 24 décembre 1898.
- THIBAUD, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise). — 28 juin 1897.
- THIVET, médecin à l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 31 mars 1890.
- TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.
- TOY, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 25 janvier 1897.
- VERNET (Georges), médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure, près Moulins (Allier). — 28 novembre 1904.
- VURPAS (Cl.), médecin de l'hospice de Bicêtre. — 27 juillet 1903.
- WAHL (Maurice), médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 22 juillet 1901.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

- BRESLER, médecin en chef de l'asile de Lublinitz en Silésie. — 29 *janvier* 1900.
- BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblenze. — 28 *octobre* 1878.
- FOERSTER (Richard), privat-docent de neurologie à l'Université de Bonn. — 28 *novembre* 1904.
- HUEBNER, privat-docent à l'Université de Bonn. — 24 *février* 1908.
- LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 *novembre* 1889.
- NÄCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 *novembre* 1893.
- NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 *mars* 1892.
- PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 *mai* 1895.
- RANKE (Otto), assistant à la clinique psychiatrique de l'Université de Heidelberg. — 24 *février* 1908.
- SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 *mai* 1888.
- TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 *novembre* 1893.
- WITRY, médecin, Trèves-sur-Moselle. — 30 *décembre* 1907.
- ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université de Berlin. — 22 *février* 1897.

ANGLETERRE.

- BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 *janvier* 1875.
- BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 *octobre* 1881.
- CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg. — 31 *octobre* 1881.
- FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 *novembre* 1894.
- GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 *octobre* 1881.
- GOODALL (Edwin), médecin en chef de « Joint Counties Asylum », Carmarthen (Province de Galles). — 30 *juin* 1902.
- GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 *janvier* 1880.
- MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 *novembre* 1867.

- MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.
- NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeboroug road Guildford. — 31 octobre 1881.
- PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 36, Queen Anna street, Cavendish square, Londres. — 24 juin 1895.
- ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 octobre 1881.
- RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anna street, Londres. — 31 octobre 1881.
- ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 décembre 1864.
- RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.
- SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 octobre 1881.
- SEAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 octobre 1881.
- SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse. — 26 février 1901.
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 décembre 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

- DONATH (Julius), privat-docent à l'Université de Budapest. — 24 décembre 1906.
- HASKOVEC (Ladislav), privat-docent de neuropathologie à la Faculté de médecine tchèque de Prague. — 27 mars 1905.
- OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Döbling, près Vienne. — 26 novembre 1883.
- OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 mai 1901.
- PANDY (Kalman), docent de psychiatrie et de neurologie à l'Université, médecin en chef de l'asile de Lipometzo, Budapest. — 25 mai 1908.
- PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.
- PILCZ, professeur à l'Université, 43, Alserstrasse, Vienne. — 27 juin 1898.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 novembre 1889.
- STRANSKY (Erwin), privat-docent de l'Université, Mariannengasse, 32, Vienne. — 29 février 1904.

BELGIQUE.

- BOULENGER, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Fort-Jaco, 6, rue de l'Esplanade, Bruxelles. — 13 juillet 1906.
- CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
- D'HOLLANDER, médecin à la colonie de Gheel. — 25 novembre 1907.
- DUCHATEAU, médecin en chef de la Maison de santé, Gand. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 décembre 1894.
- LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénés de Louvain. — 20 décembre 1875.
- MASOIN (Paul), médecin en chef de l'asile de Dave, Namur. — 26 février 1901.
- MEEUS, médecin à la colonie de Gheel. — 29 février 1904.
- MOREL (Jules), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 56, boulevard Léopold, Gand. — 26 octobre 1874.
- PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.
- SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 octobre 1899.
- VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

BRÉSIL.

- EIRAS (Carlos), médecin de maison de santé d'aliénés, Rio-de-Janeiro. — 28 décembre 1908.
- MOREIRA (Juliano), directeur de l'hospice national des aliénés de Rio-de-Janeiro. — 25 novembre 1907.
- PEIXOTO (Afraniô), professeur suppléant de médecine légale à la Faculté de médecine, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- ROCHA (Franco da), directeur-médecin en chef de l'asile de Juquery (Etat de Saint-Paul). — 24 décembre 1906.
- SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.
- TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 novembre 1883.

CANADA.

- BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.

CHAGNON, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. — 27 mars 1899.

VILLENEUVE (G.), professeur-adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, superintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 novembre 1900.

CHILI.

BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 mars 1897.

EGYPTE.

HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 novembre 1889.

ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.

LECHA-MARZO (Antonio), médecin, rue Claudio-Moyano, Valladolid. — 29 mars 1905.

YRIGOYEN (Ciriaco), médecin, Saint-Sébastien. — 29 novembre 1909.

ÉTATS-UNIS.

BLUMER ALDER, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 octobre 1899.

BRUSH, superintendant de « Sheppard and Enoch Pratt Asylum », Towson, Maryland. — 30 juin 1902.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 novembre 1899.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.

COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 mars 1895.

ECHVERRIA, médecin, New-York. — 29 novembre 1878.

GORDON (Alfred), 1430, Fine Street, Philadelphie. — 22 février 1909.

HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 mai 1887.

KIERNAN JAS. (G.), privat-docent de psychiatrie, 910, 103 State street, Chicago. — 25 novembre 1895.

MANN (EDWARD), directeur de la Maison de santé, 801, Madison avenue, New-York. — 31 décembre 1895.

ROBINOVITCH (M^{lle} Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York. — 30 octobre 1899.

GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaitis, Athènes. — 25 octobre 1886.

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68^A, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1899.

YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaitis. — 28 mai 1900.

HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, la Haye. — 27 octobre 1879.

JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.

SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.

VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre 1879.

VAN DEVENTER, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 24 février 1902.

WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

ITALIE.

ALBERTI (Angelo), médecin en chef du manicomio de Pesaro. — 30 décembre 1907.

ALGERI (Giovanni), médecin-directeur de la Maison de santé « Biffi », Monza, près Milan. — 26 novembre 1906.

ANTONINI (Giuseppe), médecin du manicomio provincial d'Udine. — 27 juin 1904.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 avril 1864.

BINI, médecin, Florence. — 30 juillet 1877.

CAPPELLETTI (Luigi), directeur-médecin du manicomio de Pesaro. — 28 mai 1906.

CASCELLA (Francesco), médecin du manicomio d'Aversa. — 30 mars 1896.

D'ORMEA (Antonio), médecin-directeur de l'asile de Pesaro. — 29 juin 1908.

ESPOSITO (Giovanni), médecin du manicomio interprovincial de Nocera-Inferiore. — 25 avril 1904.

FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 juillet 1901.

DEL GRECO, directeur-médecin du manicomio de Cône. — 27 juillet 1903.

FORNACA (Giacinto), médecin en chef du manicomio de Saint-Clément, Venise. — 30 novembre 1908.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 novembre 1883.

FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomio de Sienne. — 29 avril 1878.

- GIACCHI, médecin-directeur du manicomé provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 novembre 1878.
- LAMBRANZI (Ruggieri), médecin en chef du manicomé de Vérone. — 13 juillet 1906.
- MARIANI, assistant honoraire de la clinique psychiatrique de l'Université de Turin. — 27 avril 1908.
- MARRO (Ant.), médecin du manicomé royal de Turin. — 30 décembre 1901.
- MASSALONGHO (Roberto), professeur de neuropathologie à l'Université de Padoue, médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 janvier 1889.
- MEDEA, médecin, Paleocapa, 3 (Staz. Nord), Milan. — 28 juillet 1902.
- MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 décembre 1895.
- MONGERI (Luigi), médecin-directeur de la « Casa di Salute Dufour », S. Vittore, 16, Milan. — 30 juillet 1900.
- MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.
- MÓTTI (Giovanni), directeur du manicomé d'Aversa. — 25 mars 1907.
- MUGGIA, médecin en chef du manicomé S. Servolo, à Venise. — 25 novembre 1907.
- PERLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 mars 1882.
- SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 mars 1897.
- SAPORITO (Filopopo), médecin des manicomes civil et judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.
- SEPPILLI, médecin-directeur du manicomé de Brescia. — 27 mars 1882.
- STACCHINI, vice-directeur du manicomé de Florence. — 30 juillet 1877.
- TAMBRONI (Ruggeri), directeur-médecin du manicomé provincial de Ferrare. — 28 avril 1902.
- TAMBURINI, directeur du manicomé de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.
- TONINO, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 mars 1866.
- VIRGILIO, médecin-directeur du manicomé d'Aversa. — 28 novembre 1881.

NORVÈGE.

- BECHHOLM, médecin adjoint de l'asile de Bergen. — 28 décembre 1896.

- EVENSEN (Hans), médecin-directeur de l'asile de Trondhjem. —
29 avril 1907.
LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania.
— 29 décembre 1874.
PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand.
— 29 décembre 1884.

PORTUGAL.

- BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne.
— 25 juillet 1887.
BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale,
directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 octobre 1894.
COELHO (Antonio), médecin, Porto. — 30 novembre 1908.
MARTIN (Lopès), professeur à la Faculté de médecine de Porto.
— 29 juin 1908.
MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. —
24 février 1890.
SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de
Porto. — 31 mars 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

- CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-
Ayres. — 25 février 1889.
INGEGNIEROS (José), professeur à la Faculté de médecine de
Buenos-Ayres. — 25 juillet 1904.

ROUMANIE.

- SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucu-
rest. — 27 novembre 1887.
SOUTZO (fils), médecin-assistant de l'hospice de Marcoutza, Bucu-
rest. — 26 novembre 1906.

RUSSIE.

- BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Le-
vinstein, Moscou. — 30 juin 1884.
BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les
aliénés, Moscou. — 30 novembre 1896.
BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des
maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de
médecine, Saint-Petersbourg. — 11 novembre 1889.
DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés,
près Saint-Petersbourg. — 26 décembre 1898.
GORSKY (M^{me} DE), Jounovskaja 38, Saint-Petersbourg. — 29 oc-
tobre 1888.
GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Khar-
kow. — 26 novembre 1900.

- HERZOG, médecin, Saint-Petersbourg. — 13 *avril* 1863.
 JACOBY (Paul), médecin-directeur de l'asile d'Orel. — 26 *décembre* 1881.
 ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 *février* 1899.
 POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 *octobre* 1888.
 ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 *avril* 1877.
 SCHMIERGELD, médecin, Lodz (Pologne-Russe). — 29 *juin* 1908.
 SÉMIDALOW (Benjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 *avril* 1902.
 SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile d'Oufa. — 28 *février* 1898.
 SOUKHANOFF, privat-docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 *juillet* 1896.
 SKWORTZOFF (M^{lle} Nadine). — 25 *juillet* 1881.

SERBIE.

- VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 *décembre* 1883.

SUISSE

- CHATELAIN (Aug.), ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 *juillet* 1890.
 DUNANT (Pierre), ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 *mars* 1863.
 GODET (Rodolphe), ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 *février* 1899.
 LADAME (Paul), privat-docent à l'Université, 5, rond-point de Plainpalais, Genève. — 28 *juillet* 1884.
 MARTIN (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université, 12, rue du Général-Dufour, Genève. — 26 *février* 1895.
 PACHOUD, médecin de la Maison de santé de Sully, Vevey-Montreux. — 28 *mars* 1892.
 RABOW, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 *février* 1899.
 SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 16 *décembre* 1898.

TURQUIE.

- CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 *janvier* 1893.

URUGUAY.

- ETCHEFOARE (Bernardo), professeur de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Montevideo. — 24 *mai* 1909.

Récapitulation.

Membres honoraires	5
— titulaires	40
— correspondants	120
— associés étrangers	166
Total.	331

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 30 décembre 1909 : Sur la proposition du ministre de la Guerre est promu officier de la Légion d'honneur, M. le D^r PICQUÉ (Lucien), chirurgien des hôpitaux et des asiles d'aliénés de la Seine, médecin principal de 2^e classe du gouvernement militaire de Paris.

— *Arrêtés de novembre* : M. le D^r LEVASSORT (Joseph), médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin-adjoint faisant fonctions de médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados);

M. THOUREL (Henri), directeur de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 francs).

NÉCROLOGIE

D^r ANTOINE LACOUR. — Un des plus anciens médecins aliénistes de France, le D^r Antoine Lacour, est mort à Lyon dans sa quatre-vingt-treizième année, le 29 décembre 1909. Il y était né le 27 avril 1817, y fut interne des hôpitaux et y passa toute sa vie, sauf la période de 1837 à 1840, pendant laquelle il était venu à Paris pour y passer ses examens de doctorat. C'est à ce moment qu'il suivit les leçons de Leuret et de Ferrus, à Bicêtre, et qu'il prit le goût de la médecine mentale. Revenu à Lyon, ses études spéciales le désignèrent pour le poste de médecin-adjoint de l'hospice de l'Antiquaille, quartier d'hospice consacré aux aliénés du Rhône, où il prit le service des femmes qu'il conserva jusqu'en 1876, à côté d'Arthaud, médecin du service des hommes. Quand le département du Rhône eut construit l'asile de Bron, Arthaud en prit la direction et les aliénés y furent transférés. Lacour, qui avait pris une part active à ce transfèrement, resta à l'Antiquaille, chargé d'un des rares services spéciaux d'épileptiques de France, et ne le quitta qu'en 1884. D'une santé parfaite, d'une activité inlassable, doué de toutes les qualités qui font le bon médecin, il se donnait en même temps à sa nombreuse clientèle qu'il lui resta fidèle jusqu'à

ses dernières années. Il n'avait du reste jamais renoncé à la pratique de la médecine mentale, et était resté le médecin consultant de la maison de Champvert, dans la direction de laquelle il aidait souvent son ami Binet. Agé de quatre-vingt-dix ans, il y venait encore voir des malades qu'il suivait et auxquels il s'intéressait avec les qualités de cœur qui lui avaient conquis toutes les sympathies.

Ses principales publications sont un *Rapport sur l'examen médico-légal des faits relatifs au procès criminel de Jobard (monomanie homicide)*, 1852; *Le transfert des aliénés du quartier de l'Antiquaille*, 1877; *De l'état actuel de l'assistance des épileptiques*, 1878; travail dont la présentation à la Société médico-psychologique provoqua une importante discussion sur l'assistance et l'hospitalisation des épileptiques; *le Dr Arthaud, souvenirs biographiques*, lu à la séance annuelle de la Société nationale de médecine de Lyon, 1884, et un très remarquable rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, session de Lyon, 1891, sur *l'Assistance des épileptiques*.

Les *Annales médico-psychologiques* adressent à son fils, le Dr Pierre Lacour, et à son gendre, le Dr Clément Petit, l'expression émue de leur profonde sympathie.

Dr TH. TATY.

Dr LUCIEN COTARD. — Nous avons le regret profond d'annoncer la mort, dans sa trente-deuxième année, de notre confrère et collaborateur, le Dr Lucien Cotard, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de la Côte-d'Or, membre de la *Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or*.

Cette mort est survenue dans des conditions tout particulièrement surprenantes de brusquerie. Notre jeune confrère se trouvait depuis quelques jours chez son beau-père, M. le Dr Ch. Langle, à Vincennes, lorsque, le matin du 6 janvier, il fut trouvé mort dans son lit, dans l'attitude calme d'un homme endormi. Dans l'après-midi du 5, il s'était plaint d'une douleur cardiaque qui l'avait obligé à garder la chambre; néanmoins, il avait commencé les préparatifs de son départ pour Dijon, et rien de grave n'avait pu faire prévoir pareil événement.

Né à Vanves (Seine), le 24 octobre 1870, le Dr Lucien Cotard était le fils aîné du Dr Jules Cotard, médecin de la Maison de santé de Vanves, décédé prématurément, à l'âge de quarante-neuf ans, victime d'une diphtérie contractée au chevet de sa fille, échappée à cette maladie grâce à ses soins, et dont les travaux de pathologie mentale, remplis d'idées neuves, avaient déjà été si appréciés.

Interne des hôpitaux de Paris, le Dr Cotard fut successive-

ment attaché aux services des D^{rs} Quénu et Mathieu, lorsqu'il dut aller passer quelque temps à Hendaye, en raison d'accidents de tuberculose osseuse. Renonçant alors à la chirurgie, à laquelle il voulait s'adonner, il s'orienta définitivement vers la médecine mentale, et acheva son internat, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière, dans les services des D^{rs} Féré, Denis et Ségas. Reçu le quatrième au concours de l'adjuvat des Asiles, en mars 1909, le D^r Lucien Cotard fut nommé au poste de médecin-adjoint de l'Asile de Dijon, qu'il occupait depuis le 1^{er} avril. Malgré sa courte collaboration, notre confrère s'était vite fait apprécier comme un homme aussi modeste qu'instruit, et d'un commerce particulièrement facile et agréable.

En dehors de sa thèse *Contribution à l'étude seméiologique du Psittacisme et de ses divers aspects en clinique psychiatrique*, faite sous l'inspiration du D^r Ségas, et qui a été analysée dans la *Bourgogne médicale*, le D^r Cotard avait présenté, tant à la Société de psychiatrie qu'à la Société médico-psychologique de Paris et à la Société de psychologie, différents travaux qui témoignent de la maturité et de la finesse de son sens clinique. En voici l'énumération :

1^o *Débilité mentale. Idées de grandeur absurdes persistant sans variation depuis sept ans. Signe d'Argyll Robertson. Pas de lymphocytose* (Société de psychiatrie, 20 juillet 1908), en collaboration avec le D^r Ségas ;

2^o *Stéréotypies chez un dément précoce* (Société de psychiatrie, 19 novembre 1908) ;

3^o *Deux cas de psychose hallucinatoire* (Société médico-psychologique, 28 décembre 1908) ;

4^o *Du rôle du sentiment d'automatisme dans la genèse de certains états délirants* (Société de psychologie, 8 janvier 1909).

D^r GARNIER (1).

DÉCRET CONCERNANT LE PERSONNEL MÉDICAL DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le Président de la République française,
Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;
Vu le décret du 6 juin 1863 et les décrets qui l'ont modifié ;
Vu l'avis du Comité des Inspecteurs généraux du 9 novembre 1909 ;

Sur la proposition du Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes ;

(1) Extrait de la *Bourgogne médicale*, numéro du 15 janvier 1910.

Décreté :

ART. 1^{er}. — Les médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés au moyen d'un concours annuel.

Nul ne pourra à l'avenir, soit obtenir l'autorisation nécessaire pour obtenir les fonctions de directeur médecin d'un établissement privé destiné au traitement des aliénés, soit être agréé comme médecin d'un établissement de cette nature en vertu de l'article 19 de l'ordonnance du 18 décembre 1839, s'il n'a subi avec succès les épreuves du concours d'adjuvat.

Toutefois, un médecin ayant dépassé l'âge fixé pour prendre part au concours et ayant acquis une notoriété spéciale dans la science de la psychiatrie, pourra, sans subir les épreuves du concours, être autorisé à diriger un établissement privé ou agréé comme médecin, si la dispense lui a été accordée par le Ministre de l'Intérieur, sur l'avis conforme et motivé de la Commission prévue à l'article 18 du présent décret.

ART. 2. — La date du concours annuel est fixée par un arrêté ministériel publié au *Journal officiel* deux mois au moins à l'avance; cet arrêté détermine le nombre des postes de médecins adjoints d'asiles publics mis au concours. Ce nombre pourra être augmenté à raison de nouvelles vacances ou prévisions de vacances, par un arrêté supplémentaire pris avant l'ouverture du concours.

Exceptionnellement, le Ministre de l'Intérieur peut décider, sur avis conforme de la Commission prévue à l'article 18, et par arrêté publié au *Journal officiel* le 31 décembre au plus tard, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année suivante.

ART. 3. — Les candidats doivent être Français, docteurs en médecine d'une Faculté de l'Etat, avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée et avoir eu moins de trente-trois ans au 1^{er} janvier de l'année du concours.

Ils doivent justifier d'un stage de deux années au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement des aliénés, soit comme chef de clinique ou interne des hôpitaux nommés au concours.

Pour être admis à participer au concours, ils adressent au Ministre de l'Intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, le Ministre arrête la liste des candidats admis à concourir et fait connaître à chaque postulant la suite donnée à sa demande;

cette liste est déposée à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, où toute personne peut en prendre communication.

ART. 4. — Le jury du concours est nommé par le Ministre de l'Intérieur ; il comprend :

1° Un Inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur, président ;

2° Deux professeurs, chargés de cours, ou agrégés spécialisés pour la médecine mentale, représentant, l'un la Faculté de médecine de Paris, le second la Faculté que le sort aura désignée parmi les autres Facultés de médecine où l'enseignement de la psychiatrie est organisé ;

3° Quatre directeurs médecins ou médecins en chef des asiles publics d'aliénés.

Il est en outre nommé deux jurés suppléants pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef.

ART. 5. — Les professeurs, chargés de cours ou agrégés, sont choisis par la Faculté appelée à être représentée dans le jury.

Le membre qui a siégé dans le jury d'un concours comme représentant de la Faculté de Paris ne peut être choisi pour les trois concours suivants, à moins de force majeure.

Celle des autres Facultés qui aura été représentée dans le jury d'un concours est exclue pour les trois concours suivants du tirage au sort prévu à l'article précédent.

ART. 6. — Le Ministre désigne les quatre directeurs médecins ou médecins en chef appelés à remplir les fonctions de juré titulaire et l'un des suppléants, après avis du Comité des Inspecteurs généraux, sur une liste de quinze noms dressée par voie de tirage au sort, portant sur l'ensemble des directeurs médecins et médecins en chef des Asiles publics de France, de la Maison nationale de Santé de Charenton, de Bicêtre, de la Salpêtrière et de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, qui comptent au moins sept ans de fonctions depuis leur nomination en qualité de médecin-adjoint.

Le second juré suppléant est désigné par le Ministre, après le même avis, sur une liste de trois noms tirés au sort parmi ceux des directeurs médecins et médecins en chef visés au paragraphe précédent, qui résident dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Les noms des jurés suppléants et titulaires qui ont siégé dans un concours sont exclus du tirage au sort pour les trois concours suivants.

ART. 7. — Les tirages au sort prévus pour la constitution du jury ont lieu par les soins d'une Commission composée du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, assisté d'un Inspecteur général des services administratifs, ainsi que du plus

ancien et du moins ancien des praticiens parmi lesquels doit être choisi le second juré suppléant.

ART. 8. — Le jury est constitué avant l'ouverture du registre des inscriptions.

En cas d'empêchement, l'inspecteur général président est remplacé par un autre inspecteur général désigné par le ministre; les autres membres du jury sont, en cas d'empêchement, remplacés par les jurés suppléants et les épreuves continuent de plein droit avec les membres restants.

ART. 9. — Les épreuves ont lieu à Paris; elles sont toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général président.

Elles sont au nombre de six, dont trois épreuves préparatoires et trois épreuves définitives.

Les trois épreuves préparatoires comprennent :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il est accordé quatre heures aux candidats; le maximum des points est de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation applicable aux aliénés, pour laquelle il est accordé deux heures; le maximum des points est de 10.

Les copies ne doivent porter ni nom ni signatures; elles doivent être écrites lisiblement et revêtues d'une devise qui est reproduite sur une feuille de papier signée du candidat et mise par lui sous enveloppe cachetée.

3° Une épreuve sur titres; le maximum des points est de 10 pour cette épreuve, à laquelle le jury doit procéder aussitôt après la correction des épreuves écrites.

Ces épreuves sont éliminatoires.

Les épreuves définitives comprennent :

1° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il est accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition;

2° Une épreuve clinique orale qui porte sur un seul malade aux points de vue suivants : diagnostic, pronostic, traitement, assistance; il est accordé vingt minutes pour l'examen des malades, dix minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition;

3° Une épreuve clinique écrite qui porte sur un seul malade (diagnostic de l'état mental du sujet et détermination des conséquences qui en découlent, au point de vue de la législation civile et criminelle); il est accordé vingt minutes pour l'examen du malade, et une heure pour la rédaction de la consultation.

Pour chacune de ces trois épreuves définitives, le maximum des points est 20.

ART. 10. — La police générale du concours est confiée au

jury qui, notamment, détermine les règles à appliquer à la remise et à la lecture des copies, indique l'ordre des épreuves, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes les dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

ART. 11. — Chaque candidat remet au président du jury, avant l'ouverture des épreuves, une déclaration écrite par laquelle il fait connaître s'il est ou non dans ses intentions, en cas de succès, d'occuper avant la fin de l'année du concours un poste de médecin-adjoint dans un asile public. Selon que leur déclaration est affirmative ou négative, les candidats sont répartis en deux groupes, dits A et B.

ART. 12. — Nul n'est admis s'il n'a obtenu un nombre de points au moins égal au minimum fixé par le jury, ce minimum ne pouvant en aucun cas être inférieur à la moitié du total des maxima prévus à l'article 9.

Les candidats sont classés d'après le nombre des points obtenus.

La liste dressée par le jury ne peut comprendre un nombre de candidats du groupe A supérieur au nombre des postes de médecins-adjoints des asiles publics mis au concours, sauf au cas d'*ex æquo*, où le ministre décide sur proposition spéciale du jury.

ART. 13. — Aussitôt après la clôture des opérations du concours, le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques désigne aux candidats admis du groupe A, ceux des postes de médecins adjoints mis au concours qui se trouvent vacants.

Lesdits candidats choisissent parmi ces postes suivant leur rang de classement. Ce rang détermine aussi l'ordre dans lequel les nominations seront faites aux postes ultérieurement vacants.

Si l'un des candidats n'a pas exercé son choix dans les quinze jours qui suivent le concours ou s'il n'accepte pas le poste ultérieurement vacant, auquel il est appelé d'après son rang de classement, il est fait appel aux candidats du même groupe classés après lui.

Lorsque la liste de ceux-ci est épuisée, le candidat non encore pourvu est invité, à nouveau, à accepter le poste qui se trouve vacant; en cas de nouveau refus, il ne peut être nommé qu'après les candidats reçus au concours de l'année suivante.

Celui qui n'accepte aucun des postes à lui offerts dans le courant de l'année qui suit celle du concours est considéré comme renonçant aux droits qu'il tient du concours.

A défaut de candidats admis du groupe A, les candidats du groupe B, classés avant le dernier du groupe A, peuvent être nommés aux postes de médecin-adjoint des asiles publics.

Cette faculté cesse à la fin de l'année du concours.

Il est procédé à la nomination des médecins-adjoints par arrêté ministériel, et leurs services courent à partir de leur installation effective.

ART. 14. — Les classes et traitements des directeurs-médecins, médecins en chef, et médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit :

1° Directeurs-médecins et médecins en chef :

Classe exceptionnelle. . . .	Fr. 9.000
1 ^{re} classe.	8.000
2 ^e classe.	7.000
3 ^e classe.	6.000
4 ^e classe.	5.000

2° Médecins-adjoints :

Classe exceptionnelle. . . .	Fr. 4.500
1 ^{re} classe.	4.000
2 ^e classe.	3.500
3 ^e classe.	3.000

A ces traitements s'ajoute la jouissance des allocations en nature, déterminées par le règlement de chaque asile (logement, chauffage, éclairage, etc.).

ART. 15. — Les avancements de classe sont, sous réserve des dispositions de l'article 17, accordés par le Ministre aux directeurs-médecins et médecins en chef après trois ans, et aux médecins-adjoints après deux ans d'exercice dans la classe inférieure.

La période de trois ans exigée pour les directeurs-médecins et médecins en chef peut être réduite à deux ans par le Ministre sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques et sur l'avis conforme de la Commission instituée à l'article 18, en raison de services et titres exceptionnels d'ordre médical, scientifique ou administratif.

Les directeurs-médecins et médecins en chef ne peuvent être promus à la classe exceptionnelle qu'après quinze ans de services dans le grade et dans les formes définies au paragraphe précédent.

A dater de la promulgation du présent décret, les directeurs-médecins, médecins en chef et médecins-adjoints seront inscrits dans la classe déterminée par le traitement afférent à la classe dans laquelle ils étaient antérieurement rangés, et ils conserveront l'ancienneté qu'ils avaient dans cette dernière classe.

ART. 16. — Les médecins-adjoints, sauf ceux qui ont été rétrogradés du poste de directeur-médecin ou de médecin en chef par application des dispositions de l'article suivant ou dont

la promotion se trouve retardée à titre de mesure disciplinaire conformément au même article, sont nommés à l'ancienneté aux postes de directeurs-médecins ou de médecins en chef.

Toutefois les dispositions spéciales de l'arrêté du 2 septembre 1907, concernant le personnel des médecins des asiles de la Seine, resteront provisoirement en vigueur.

ART. 17. — Les mesures disciplinaires applicables au personnel médical des asiles publics d'aliénés, sont :

- 1° L'avertissement ;
- 2° La censure ;
- 3° L'ajournement pendant trois ans au plus d'une promotion à la classe supérieure ou au grade supérieur ;
- 4° Le déplacement ;
- 5° La rétrogradation de classe ou de grade ;
- 6° La mise en disponibilité d'office ;
- 7° La révocation.

Ces mesures sont appliquées par le Ministre sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques et, sauf pour l'avertissement ou la censure, après avis motivé de la Commission prévue à l'article suivant.

Dans tous les cas, l'intéressé doit être préalablement invité à prendre communication de son dossier, conformément aux prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, et à fournir ses justifications écrites.

En outre, le cas échéant, il peut demander à être entendu par la Commission de discipline et se faire assister alors d'un défenseur dont la désignation, à moins qu'il ne s'agisse d'un avocat, est soumise à l'agrément du président.

Les directeurs-médecins, médecins en chef et médecins-adjoints mis en disponibilité d'office ne reçoivent pas de traitement ; ils ne peuvent être réintégrés que sur l'avis conforme de la Commission prévue à l'article 18.

ART. 18. — Il est constitué auprès du Ministre de l'Intérieur une Commission spéciale composée comme suit :

Un conseiller d'Etat, nommé pour trois ans par le Ministre, président ;

Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques ;

Le directeur de l'Administration départementale et communale ;

Un inspecteur général des services administratifs nommé pour trois ans par le ministre ;

Trois directeurs-médecins ou médecins en chef élus annuellement par leurs collègues, qui sont en outre appelés à élire un suppléant.

Pour les affaires disciplinaires intéressant les médecins-adjoints, les trois directeurs-médecins ou médecins en chef sont

remplacés par trois médecins-adjoints élus, ainsi qu'un suppléant, par leurs collègues.

Lorsque la Commission est saisie d'une affaire concernant un de ses membres élus ou un médecin de l'asile auquel l'un de ceux-ci est attaché, ledit membre est récusé de plein droit.

L'élection des représentants du personnel médical a lieu au scrutin de liste, par correspondance. Nul n'est élu s'il n'a obtenu, au premier tour de scrutin, la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits ou, au deuxième tour, la moitié plus un des suffrages exprimés; au troisième tour l'élection a lieu à la majorité relative.

Le dépouillement du scrutin est opéré au ministère de l'Intérieur par les soins de la Commission prévue à l'article 7.

Indépendamment des attributions qui lui sont ci-dessus conférées, la Commission instituée en vertu du présent article donnera son avis sur toutes les questions concernant le recrutement, l'avancement, la discipline et les traitements du personnel médical des asiles publics d'aliénés et le concours de l'adjuvat ainsi que sur toutes affaires qui lui seront renvoyées soit par le ministre, soit par le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.

ART. 19. — Sont rapportés les décrets des 1^{er} août 1906, 26 novembre 1907 et 5 août 1908.

Sont en outre abrogées toutes dispositions de décrets ou arrêtés ministériels contraires à celles du présent décret.

ART. 20. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 2 février 1910.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

*Le président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur et des Cultes,*
ARISTIDE BRIAND.

CONCOURS DE 1910 POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS ET POUR L'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839;

Vu le décret du 2 février 1910;

Sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,

Arrête :

ART. 1^{er}. — Un concours s'ouvrira au ministère de l'Intérieur le 18 avril 1910, tant pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le nombre des postes de médecin-adjoint d'asiles publics mis au concours est fixé à douze.

ART. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1^{er} bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), du 28 février au 19 mars inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 15 février 1910.

ARISTIDE BRIAND.

Le *Journal officiel* du samedi 26 février 1910 publiait l'arrêté ministériel suivant « portant constitution du jury de ce concours » :

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes,

Vu le décret du 2 février 1910, instituant un concours annuel tant pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé;

Vu le procès-verbal de tirage au sort effectué le 5 février 1910 par les soins de la Commission spéciale prévue à l'article 7 du décret précité;

Vu les communications transmises par les doyens des Facultés de médecine de Paris et de Lille;

Vu l'arrêté ministériel du 15 février 1910, fixant au 18 avril prochain la date du concours de l'année 1910 et spécifiant que les candidatures seront reçues au ministère de l'Intérieur, du 28 février au 19 mars inclus;

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux des services administratifs du ministère de l'Intérieur, en date du 14 février 1910;

Vu les propositions du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,

Arrête :

ART. 1^{er}. — Le jury du concours est constitué comme suit :

Président :

M. GRANIER, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires :

MM.

Le D^r DUPRÉ, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris;
Le D^r RAVIART, agrégé de la Faculté de Médecine de Lille;
Le D^r COSSA, médecin en chef à l'asile de Saint-Pons (Alpes-Maritimes);

Le D^r DENY, médecin en chef à l'hospice de la Salpêtrière;
Le D^r DEZWARTE, médecin en chef à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Le D^r DODERO, médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône).

Membres suppléants :

MM.

Le D^r AMELINE, médecin en chef de la colonie de Chezal-Benoit (Cher);

Le D^r MARCHAND, médecin en chef à la Maison nationale de santé de Charenton.

ART. 2. — M. DE GENNEVILLE, secrétaire-adjoint de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, est nommé secrétaire du jury, sans voix consultative ni délibérative.

ART. 3. — Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 24 février 1910.

ARISTIDE BRIAND.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

16. *Agression violente*. — On lit dans le *Journal* (numéro du vendredi 3 décembre 1909) :

Hier matin, vers neuf heures, le garde champêtre de Menecy (Seine-et-Oise) faisait sa tournée habituelle; quand rue de la Fontaine il entendit des cris : « Au secours ! Il va me tuer ! » et sur le même moment, une femme, le visage ensanglanté, les vêtements déchirés, sortait d'un immeuble situé au numéro 38 de cette rue; derrière elle, un homme, les yeux hagards, armé d'une matraque, apparut.

Aidé de voisins, le garde champêtre maîtrisa l'homme, qui n'était autre que le fils de la victime.

Faible d'esprit, Alexandre Sergent, âgé de trente ans, était devenu subitement fou furieux; après avoir brisé tous les

objets qui se trouvaient dans l'appartement de ses parents, il s'était emparé d'un énorme gourdin et en avait violemment frappé sa mère, qui ne dut d'avoir la vie sauve qu'à l'intervention du garde.

Le malheureux dément va être interné; on craint que M^{me} Sergent ne succombe à ses blessures.

17. *Agression violente.* — Un individu vêtu misérablement se présentait hier matin, vers dix heures, au commissariat de police de l'Odéon et demandait à parler à M. Cossin, commissaire de police. Mis en présence du magistrat, il déclara à ce dernier qu'il était poursuivi par des gens et par des bêtes qui voulaient attenter à sa vie, et il pria à deux genoux M. Cossin de vouloir bien lui accorder sa protection.

Soudain, notre homme bondit sur une hachette servant à fendre le bois : et, brandissant son arme en de terribles moulinets, il se précipita sur le gardien de la paix Besnier.

L'agent repoussa son agresseur, qui, furieux, fit voler en éclats les carreaux du commissariat et prit la fuite par la rue de Condé, en menaçant les passants.

L'agent Besnier, l'inspecteur Lacroix et le garçon de bureau Lafont se lancèrent à la poursuite du malheureux. Ils durent entamer avec lui une lutte farouche pour arriver à le désarmer et à le maîtriser.

Etroitement ligoté et hurlant à pleins poumons « à l'assassin », le pauvre insensé, un nommé Jean-Baptiste Rey, âgé de quarante-cinq ans, tout récemment débarqué de la Beauce, a été dirigé sur l'Infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du vendredi 10 décembre 1909.)

18. *Homicide et tentative de suicide.* — Ce matin, vers dix heures, M^{me} Saubrier, concierge d'un immeuble situé 32, rue du Texel, a, dans un accès de folie furieuse, coupé la gorge de sa fille, une enfant de cinq ans, à l'aide d'un rasoir, et tenté ensuite de se suicider.

L'enfant a succombé. La démente a été transportée à l'hôpital Broussais. (*Le Temps*, numéro du vendredi 15 décembre 1909.)

19. *Parricide et fratricide.* — On lit dans *Le Temps*, (numéro du vendredi 17 décembre 1909) :

On nous télégraphie de Grenoble que Pierre Joué, ce jeune homme de vingt et un ans qui en avril dernier assassina à coups de hache son père et son jeune frère, à Chasselay, vient d'être reconnu irresponsable et sera interné à l'asile d'aliénés de Saint-Robert.

20. *Suicide.* — Ce matin, au cours d'un accès de neurasthénie, une jeune femme de vingt-huit ans, M^{lle} Jeanne Troye, couturière, 1, rue de l'Ecluse, s'est précipitée par la fenêtre de

son logement situé au cinquième étage, et s'est tuée sur le coup. (*Le Temps*, numéro du lundi 20 décembre 1909.)

21. *Infanticide et suicide*. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche-lundi 2-3 janvier 1910) :

Dans un accès de fièvre chaude, une laitière de Gradignan, près de Bordeaux, a tué sa fillette âgée de neuf ans, en lui ouvrant les artères des mains avec un rasoir, après avoir d'abord essayé de l'étrangler et lui avoir fait avaler du poison.

La mère a ensuite avalé du vitriol et s'est également ouvert les artères des mains,

Pendant son agonie, elle a eu encore la force de jeter un bol de vitriol à la tête du médecin qui était accouru. Elle est morte peu après.

Le médecin a été légèrement atteint.

TRIBUNAUX

L'éthéromanie. — Ayant hérité, à la mort de son père, d'une vingtaine de mille francs, M. Albert Enauld, alors établi boulanger à Colombes, put se livrer tout à son aise à sa passion favorite, l'éthéromanie, passion qu'il faisait partager, en 1908, à une jeune femme, Blanche Leclerc, qu'il avait accueillie sous son toit. Ils arrivèrent bientôt à consommer l'un et l'autre par jour cinq à six litres d'éther, et ce détail suffit pour indiquer ce que devait être la vie de ce faux ménage.

Or, le 2 novembre dernier, des voisins trouvaient Blanche Leclerc morte sur son lit, le corps étant couvert d'ecchymoses, le visage surtout. Il apparut aussitôt que cette mort ne devait pas être naturelle et une autopsie fut ordonnée, qui établit que Blanche Leclerc avait succombé à une congestion pulmonaire provoquée par un abus incroyable d'éther, et non pas aux coups qu'elle avait reçus de son vivant.

Cependant, Albert Enauld avait été arrêté, et dès son premier interrogatoire il avait reconnu être l'auteur des violences dont les traces, relevées sur le cadavre de son amie, avaient permis l'hypothèse d'un meurtre. Et voilà pourquoi, inculpé de coups et blessures, l'ancien boulanger de Colombes a comparu hier devant la 10^e chambre correctionnelle qui, après plaidoirie de M^e Henri Canet, l'a condamné à quinze jours de prison avec sursis et 50 francs d'amende, l'abus de l'éther ayant, dans une certaine mesure, souligné le jugement, altéré ses facultés mentales.

FAITS DIVERS.

Un drame à l'asile Sainte-Anne. — Nous avons rapporté, dans notre dernier numéro, qu'à la suite du fait si regrettable qui s'est passé, au mois de novembre dernier, à l'asile Sainte-

Anne, le juge d'instruction Berr avait été chargé d'informer sur cette affaire au point de vue de la responsabilité qui pourrait être encourue par le personnel de l'établissement.

Nous apprenons que M. Berr a terminé son enquête judiciaire et qu'il a signé une ordonnance de non-lieu, les deux infirmiers impliqués ayant été mis hors de cause.

Exploits macabres d'un infirmier d'asile. — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 16 décembre 1909) :

Le 20 novembre dernier mourait subitement à l'asile de Saint-Ylie (Jura), un malade nommé Garneret, âgé de soixante et un ans. C'était le cinquième décès qui se produisait de la sorte depuis dix jours dans le pavillon des gâteux, dont l'infirmier titulaire était un nommé Thabuis, qui cumulait avec ces fonctions celles de garçon d'ampithéâtre et de fossoyeur.

Les autres infirmiers, pris de soupçons, eurent l'idée d'aller examiner à la dérobée le cadavre de Garneret, et constatèrent des traces incontestables de strangulation.

Avis fut aussitôt donné à l'administration, qui avertit le parquet, et Thabuis fut mis en état d'arrestation.

Les autres cadavres furent exhumés, et les autopsies pratiquées ont établi que trois au moins sur cinq décédés ont été étranglés.

On suppose que Thabuis assassinait les malades confiés à ses soins pour gagner les vingt sous que lui octroyait l'administration en paiement de la tombe qu'il creusait comme fossoyeur. Il retirait en outre de petits bénéfices de la reconnaissance des familles pour l'entretien des tombes des défunts.

Et tout cet argent s'évaporait devant le zinc du débit voisin.

Actes de sabotage dans un asile d'aliénés. — Nous publions, sous toutes réserves, le fait extraordinaire suivant qui se serait passé dans un asile d'Italie :

Les infirmiers de l'asile municipal d'aliénés de Rome, n'ayant pas obtenu l'augmentation qu'ils réclamaient, se sont livrés à des actes de sabotage inouï : ils ont distribué aux malheureux fous du pain rempli de clous et de la soupe assaisonnée avec des souris pourries. Le directeur a congédié tous les infirmiers.

Un suicide à trois. — Une famille de cultivateurs de Witry-les-Reims, composée de la mère, M^{me} Adélaïde Sonnet, soixante-cinq ans, du fils Albert, quarante-deux ans, et de la fille Marie, vingt-quatre ans, a été trouvée hier matin asphyxiée dans une cabane à lapins, où elle s'était enfermée pour se donner la mort.

Les désespérés jouissaient d'une belle situation de fortune, mais ils étaient neurasthéniques au dernier degré et misanthropes au point que l'on ne se souvient pas d'avoir jamais vu personne pénétrer chez eux.

Tous trois très avares, ils manifestaient souvent la crainte de n'avoir plus un jour de quoi se nourrir; et à maintes reprises ils avaient fait part de leur intention d'en finir avec la vie.

A la perspective chimérique de mourir sur la paille ils ont préféré la réalité d'une mort par asphyxie. Après avoir tout préparé, linge et vêtements; pour les ensevelir, ils s'étaient enfermés dans le clapier, dont les issues avaient au préalable été soigneusement calfeutrées, et avaient allumé un réchaud de charbon de bois.

Quand les cadavres ont été découverts, la mort remontait à trois jours. (*Le Temps*, numéro du mardi 22 février 1910).

L'ARCHIVIO DI PSICHIATRIA DU PROFESSEUR LOMBROSO

Grâce à un accord survenu entre la célèbre maison éditrice Bocca frères, de Turin, et le savant professeur Mario Carrara, l'*Archivio di psichiatria* survivra à la mort du regretté Cesare Lombroso, dont cette publication fut l'œuvre de prédilection. Sous la direction éclairée du professeur de médecine légale de l'Université de Turin, l'*Archivio di psichiatria* continuera donc d'accueillir et de publier avec la même large hospitalité qu'autrefois toutes les études et les communications concernant l'anthropologie criminelle. En même temps, et plus largement encore que par le passé, l'*Archivio* s'occupera des diverses questions de médecine légale sans distinction d'école, ni de doctrine. Nul doute que grâce à l'activité connue du professeur Mario Carrara et des disciples de Cesare Lombroso l'*Archivio di psichiatria* restera l'une des plus importantes revues d'anthropologie criminelle et de médecine légale et poursuivra l'œuvre glorieuse et féconde de l'illustre maître de Turin. — L. L.

AVIS RELATIF A LA VACANCE D'UN POSTE DE MÉDECIN-ADJOINT A LA MAISON NATIONALE DE SANTÉ DE CHARENTON.

Un poste de médecin-adjoint à la Maison nationale de santé de Charenton est actuellement vacant par suite de la promotion du D^r Marchand comme médecin en chef.

Les médecins-adjoints du cadre administratif des asiles publics d'aliénés qui voudraient poser leur candidature devront faire parvenir, avant le mardi 15 mars 1910, au 1^{er} bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques du ministère de l'Intérieur, leur demande accompagnée d'un relevé de leurs titres.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.



L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide.

CHARLES BAUDELAIRE
TOXICOMANE ET OPIOMANE

Par le Dr Roger DUPOUY

Ancien chef de clinique à la Faculté,
Médecin-adjoint de l'Asile Saint-Yon.

Baudelaire est-il suffisamment mort, l'évolution des ans a-t-elle suffisamment lassé les indignations pudibondes et solennelles du bourgeois prudhommesque, le temps enfin a-t-il suffisamment jugé l'œuvre, pour qu'on puisse dire aujourd'hui que Ch. Baudelaire fut un grand poète sans immédiatement s'attirer les virulentes diatribes des Brunetière, farouches gardiens de la décence littéraire? L'éminent, mais trop partial, critique s'est montré, en effet, outrageusement sévère pour Baudelaire, « pauvre diable n'ayant rien ou presque rien du

poète que la rage de le devenir » (1); il a essayé, sans parvenir heureusement à l'entamer, de déchirer sa renommée en y enfonçant ses crocs acérés et il a tenté, chose plus grave, d'écarter les souscriptions de ses admirateurs se cotisant pour élever un monument au poète défunt (2); comme s'il était permis à l'un quelconque d'entre nous, fût-il critique littéraire à la *Revue des Deux Mondes*, de se poser en oracle infaillible, de prétendre juger souverainement des hommes et des choses comme un pape de l'Eglise des lettres, de vouloir, au seul gré de son bon plaisir, distribuer la gloire ou décréter le mépris, décider des honneurs à rendre ou les refuser sous prétexte d'indignité!

Mais M. Brunetière ne s'est pas contenté de décerner à Baudelaire l'épithète de mauvais poète; il l'a accusé de n'être qu'un mystificateur. Et ce procès nous intéresse directement; car si l'œuvre du poète n'est que mensonge, comment y chercher la trace des poisons dont il usa?

Analysant l'ouvrage que venait de faire paraître M. Eug. Crépet (3), Brunetière ajoute: « Pessimisme, sadisme et satanisme, tout cela, chez lui, pour user une fois du seul mot qui convienne, n'est que des *poses*, il n'y a de sincère en lui que le désir et le besoin d'étonner... Jamais personne au monde n'a menti comme Ch. Baudelaire; il était né menteur, et de ces menteurs vaniteux dont le mensonge a toujours soin d'avoir quelque air de vraisemblance ou de probabilité. C'était plus qu'un plaisir; c'était une volupté pour lui

(1) F. Brunetière. Ch. Baudelaire. *Revue des Deux Mondes*, 1^{er} juin 1887, p. 695.

(2) F. Brunetière. La statue de Ch. Baudelaire. *Revue des Deux Mondes*, 1^{er} septembre 1892, p. 212.

(3) Charles Baudelaire. Œuvres posthumes et correspondances inédites, précédées d'une étude biographique par Eugène Crépet, Paris, 1887.

que de se calomnier; mais en se calomniant, il composait son personnage; et ce personnage avait fini par devenir conforme, non pas du tout à son vrai caractère, mais à celui qu'il voulait qu'on lui crût. »

Après une telle censure, qui est bien plutôt le dénigrement d'un esprit sectaire que le blâme d'un critique impartial, il convient d'inscrire aussitôt l'opinion diamétralement opposée d'un grand nombre d'écrivains dont la réputation et la conscience littéraires sont pour le moins égales à celles de M. Brunetière. Poète de génie, s'écrient Th. de Banville et M. Ch. Asselineau (1); poète sincère, affirment MM. A. de la Fizelière et G. Decaux (2), qui « a toujours mis son for intérieur à découvert; il n'a jamais plus déguisé les secrets de son inspiration qu'il n'a caché les intimités de sa pensée, et il semble avoir pris, avec préméditation, le soin de se dévoiler à toute occasion devant ses futurs historiens... Baudelaire est tout entier dans ses écrits. Il n'a pas tracé une ligne, il n'a pas ciselé un vers qui ne fussent le miroir limpide où se reflétait l'état présent de son âme ».

Et non seulement d'aussi éclatants témoignages se multiplient, affirment la sincérité du poète (3), mais encore l'explication de son génie morbide est tentée et peu à peu se fait jour. « C'est Lamennais, déclare M. Paul Bourget (4), qui s'écria un jour : *mon âme est née avec*

(1) Ch. Asselineau. *Charles Baudelaire. Sa vie et son œuvre*. Paris, 1869.

(2) A. de la Fizelière et G. Decaux. *Charles Baudelaire*. Paris, 1868.

(3) Voir encore sur ce point : Gilbert Maire. Un essai de classification des « Fleurs du mal » et son utilité pour la critique. *Mercure de France*, 15 janvier 1907. — La personnalité de Baudelaire et la critique biologique des « Fleurs du mal ». *Mercure de France*, 15 janvier et 1^{er} février 1910. Un ouvrage enfin de MM. Séché et Bertaut nous est annoncé sur Ch. Baudelaire.

(4) Paul Bourget, *Essais de psychologie contemporaine*, t. I. Paris, 1883.

une plaie. Baudelaire aurait pu s'appliquer cette phrase. Il était d'une race condamnée au malheur ». Th. Gautier (1), surtout, l'intime du poète, son commensal de l'hôtel de Pimodan, affilié comme lui au Club des Haschischins, analyse en fin connaisseur ce goût particulier de Baudelaire pour l'artificiel, « goût excessif, baroque, antinaturel, presque toujours contraire au beau classique », qui se révélait dans sa mise recherchée, dans ses poses étudiées, dans ses gestes précieux, dans son langage apprêté, dans ses locutions subtilement choisies, dans ses vers modelés avec une méticuleuse patience, et qui faisait de lui, nouveau Pétrone, « l'amateur des élégances exquises, des manières raffinées et des coquetteries savantes ». Et il assimile heureusement le ton morbide et décadent de sa poésie à l'esprit tourmenté et flétri des civilisations déchues. « Il se plaisait dans cette espèce de beau composite et parfois un peu factice qu'élaborent les civilisations très avancées ou très corrompues. » Cette idée, M. Pierre Caume (2) la reprend en établissant à son tour la véracité de Baudelaire. « Fils d'un siècle au sang appauvri, dit-il, il appréciait le charme des choses malades. Son âme, instinctivement triste, s'abîmait délicieusement dans les mélancolies de notre civilisation décrépite. Il détestait la nature fraîche et saine, et ne la comprenait que fanée et décolorée. Sans aucun doute, il y avait parfait accord entre son cœur et l'objet de sa passion. »

Sachant donc, malgré ce qu'a pu écrire M. Brunetière, que l'on peut ajouter foi aux aveux du poète, il nous est dès lors facile de répondre à cette question : Baudelaire fut-il opiomane ? Th. Gautier n'a pas, par

(1) Th. Gautier. *Notice sur Charles Baudelaire.*

(2) Pierre Caume. *Causeries sur Baudelaire. Décadence et modernité. Nouvelle Revue*, 15 août 1899, p. 659.

pudeur, osé prononcer un oui définitif; il laisse bien entendre que Baudelaire s'est livré à quelques expériences du genre de celles qu'il a lui-même racontées (1), mais il nie « les excès de haschisch ou d'opium auxquels le poète se serait livré, pour certains, d'abord par singularité, ensuite par l'entraînement fatal qu'exercent ces drogues funestes ». Antheaume et Dromard (2), tout en reconnaissant dans Ch. Baudelaire un névropathe ayant le goût inné des jouissances rares et éprouvant une attirance toute particulière pour l'anormal, acceptent cette opinion qu'il a pu se laisser aller à d'inconsistants essais de haschisch et d'opium, comme d'alcools et de vins capiteux, mais qu'il n'en a jamais fait un usage continu. « Le Baudelaire opiophage et toxicomane n'est guère mieux affirmé, disent-ils, malgré les présomptions qu'on a cru pouvoir tirer des œuvres mêmes du poète. » Cependant, Cabanès (3), dans son étude sur les étranges fantaisies sexuelles que certaines poésies dévoilent, en harmonie, d'ailleurs, avec de singulières attitudes surprises par ses amis et avec de véhémentes paroles adressées par lui à quelques femmes, avait affirmé la toxicomanie de Baudelaire et notamment son goût et son habitude de l'opium.

Baudelaire a mis son âme à nu dans les *Fleurs du mal*, son âme tourmentée, triste et désabusée,

Insatiablement avide
De l'obscur et de l'incertain (4).

Il nous crie, douloureux, son dégoût de la vie, son ennui, son spleen, et nous laisse deviner ses efforts

(1) Th. Gautier. Description des effets du haschisch par un feuilletonniste de la Presse.

(2) Antheaume et Dromard. *Poésie et folie*. Paris, 1908.

(3) Le sadisme chez Baudelaire. *Chronique médicale*, 15 novembre 1902, p. 728.

(4) *Horreur sympathique*.

désespérés en quête de sensations inédites dont la volupté soit assez puissante pour parer son existence de nouveaux attraits et fouetter son sang de nouveaux désirs. Morne, désabusé, il devint le morbide chercheur d'inconnu que l'on sait,

De vastes voluptés, changeantes, inconnues,
Et dont l'esprit humain n'a jamais su le nom (1),

pour fuir les tentations de l'apaisante Mort, le suicide consolateur de toute souffrance. Nous l'entendons, dans *Le Voyage*, clamer son désolant Ennui; nous le voyons résister à la Mort grâce à la Curiosité qui, même dans ses sommeils, le tourmente et le roule,

Comme un ange cruel qui fouette des soleils,

et qui jette ses proies dans la Luxure, le Sadisme et l'Ivresse.

Il nous montre :

...les moins sots, hardis amants de la Démence
Fuyant le grand troupeau parqué par le Destin
Et se réfugiant dans l'Opium immense!

et termine par cette invocation à la Mort :

O Mort, vieux capitaine, il est temps ! levons l'ancre !
Ce pays nous ennuie, ô Mort ! Appareillons !

Verse-nous ton poison pour qu'il nous réconforte !
Nous voulons, tant ce feu nous brûle le cerveau,
Plonger au fond du gouffre, Enfer ou Ciel, qu'importe ?
Au fond de l'Inconnu pour trouver du nouveau !

Il semble, en effet, que l'opium n'ait procuré à l'ennui immense qui l'accable, qu'un fugitif et illusoire répit,

Une oasis d'horreur dans un désert d'ennui.

Baudelaire connaît la béatitude de l'opium, ses rêves infinis, sa torpeur alanguie et son éphémère éternité,

(1) *Le Voyage*.

mais cette volupté n'est encore faite que de *plaisirs noirs et mornes* :

L'opium agrandit ce qui n'a pas de bornes,
Allonge l'illimité,
Approfondit le temps, creuse la volupté
Et de plaisirs noirs et mornes
Remplit l'âme au delà de sa capacité (1).

Et malgré tout ses nuits sont pleines d'horreur, à moins que l'insomnie ne le visite avec son cortège d'idées obsédantes et la hantise de l'ultime repos.

J'ai peur du sommeil comme on a peur d'un grand trou,
Tout plein de vague horreur, menant on ne sait où;
Je ne vois qu'infini par toutes les fenêtres,
Et mon esprit, toujours du vertige hanté,
Jalouse du néant l'insensibilité (2).

Cette « sensation du gouffre », Baudelaire déclare l'avoir toujours éprouvée, *au moral comme au physique* (3), et l'on ne doit nullement en faire un stigmate d'imprégnation toxique, alcoolique ou thébaïque, mais bien plutôt l'imputer à sa psychasthénie constitutionnelle qui l'a poussé à goûter aux poisons les plus divers, à chercher en eux le remède efficace à ses malaises physiques et moraux, lourdeur de tête, sensation de vertige, asthénie générale allant jusqu'à la dépression mélancolique avec idées de suicide. C'est en de tels moments de dépression, en proie à ses idées noires, qu'il s'abandonne à l'opium, comme il le laisse entendre dans une de ses lettres à Poulet-Malassis : « Je suis bien noir, mon cher, et je n'ai pas apporté d'opium, et je n'ai pas d'argent pour payer mon pharmacien à Paris (4). »

(1) *Le Poison*.

(2) *Le Gouffre*.

(3) *Mon cœur mis à nu* (In Œuvres posthumes réunies par Eug. Crépet).

(4) Lettre à Poulet-Malassis, 16 février 1859 (citée par Eug. Crépet).

L'opium n'a pas été son seul toxique en dehors même du vin et... de sès amours morbides ; il semble qu'il ait voulu, par coquetterie de poète éperdu d'idéal (1), ou par ténacité morbide d'obsédé, épuiser la liste des poisons voluptueux ou supposés tels. C'est ainsi qu'il s'est adonné au haschisch (Voir les *Paradis artificiels*) et à la ciguë irlandaise (plante dont l'extrait donnerait une ivresse analogue à celle du haschisch et sur laquelle il préparait une nouvelle); mais l'opium demeura son poison favori et l'accoutumance ne tarda pas à se produire, l'obligeant encore, après une longue abstinence, à augmenter considérablement les doses thérapeutiques comme en fait foi la lettre suivante : « J'ai en un peu de vague dans la tête, du brouillard et de la distraction. Cela tient à cette longue série de crises, et aussi à l'usage de l'opium, de la digitale, de la belladone et de la quinine. Un médecin, que j'ai fait venir, ignorait que j'avais fait autrefois un long usage de l'opium. C'est pourquoi il m'a ménagé, et c'est pourquoi j'ai été obligé de doubler et de quadrupler les doses (2). »

Baudelaire fut donc authentiquement un toxicomane et plus particulièrement un opiomane. Il le fut même de bonne heure ; son initiation semble remonter au Club des Haschischins à l'hôtel de Pimodan, en 1849 ; il connaissait personnellement l'opium bien avant de traduire Th. de Quincey, ainsi qu'il le déclare expressément dans une lettre datée du 16 février 1860 et adressée à Poulet-Malassis, son éditeur et ami, dont il demande le sentiment sur l'*Opium des Paradis artificiels* parus, comme l'on sait, à la fin de mai 1860. « De Quincey, explique-t-il, est un auteur affreusement conversation-

(1) « Pourquoi le poète ne serait-il pas un broyeur de poisons aussi bien qu'un confiseur... ? » Lettre à Jules Janin. *Correspondance inédite*, p. 64.

(2) Lettre à M. Ancelle, 26 décembre 1865.

niste et digressionniste, et ce n'était pas une petite affaire que de donner à ce résumé une forme dramatique et d'y introduire l'ordre. De plus, il s'agissait de *fondre mes sensations personnelles* avec les opinions de l'auteur original et d'en faire un amalgame dont les parties fussent indiscernables. »

Pourquoi devint-il opiomane? Quincey prit de l'opium pour calmer, dit-il, d'insupportables douleurs névralgiques et eût été, à l'en croire, un intoxiqué accidentel (nous verrons ailleurs ce qu'il faut en penser); nous avons, au contraire, fait de Coleridge (1) un intoxiqué périodique, victime d'obsessions impulsives liées à une psychose maniaque-dépressive; Poë fut un type de parfait dipsomane. Ch. Bandelaire se contente d'être simplement un grand déséquilibré, aux goûts bizarres, aux caprices originaux, aux désirs excentriques, à la volonté molle et défaillante, qui devait se laisser facilement entraîner par un appât délicat et glisser dans une servitude de plaisirs élégants et raffinés, impuissante à remonter ensuite le courant de l'habitude prise. C'est, disent Antheaume et Dromard (2), « par excellence le représentant de cette sensibilité spéciale, faite d'exceptions, nourrie d'étrangetés ». M. Eug. Crépet (2) insiste avec juste raison sur sa ressemblance morale avec Poë : « C'est la même imagination sombre et tragique, constamment obsédée par la vision du surnaturel et le rêve de l'invisible. » Tous deux se lancent à la poursuite obstinée de l'étrange et de l'extraordinaire et l'on comprend toute l'attirance que Bandelaire, ce « frère puîné de Poë », comme le nomme Barbey d'Aurevilly, devait avoir pour le poète

(1) Etude sur Coleridge, in *Journal de psychologie normale et pathologique*, mai 1910.

(2) Antheaume et Dromard, *op. cit.*

(3) Eug. Crépet, *op. cit.*

américain et que Th. Gautier a si finement analysée. Les deux génies de Quincey et de Poë sont très assimilables à celui de Baudelaire et la conformité de leurs goûts littéraires et artistiques, la parité de leurs tendances naturelles et de leurs appétits morbides donnent la raison de la merveilleuse communion du traducteur ou du commentateur avec ses deux modèles. Le tempérament « poésque » de Baudelaire, embrumé de spleen romantique et aiguillonné d'une pointe d'hédonisme, était voué aux expérimentations dangereuses dans ses périodes de maîtrise, aux duels téméraires avec les « sensations inconnues », de même que, dans ses moments de dépression dégoûtée et de lassitude générale, à la recherche de l'Oubli, voisin de la Mort.

Décevant paradoxe ! Alors qu'il stigmatise en phrases lapidaires l'opiumisme de Quincey et l'alcoolisme de Poë (1), il succombera lui-même à la tentation et à l'habitude des toxiques excitants et souffrira ensuite de leur abstinence... Mais qu'il ne soit pas dit, du moins, que Baudelaire a cherché dans ses *Paradis artificiels* à glorifier l'ivresse, à recruter des disciples, amateurs de sensations fortes, et à fonder une école empoisonnée. Il indique, au contraire, les dangers du haschisch et de l'opium qu'il ne connaît déjà que trop et avec lesquels

(1) « Ce seigneur visible de la nature visible (je parle de l'homme) a donc voulu créer le paradis par la pharmacie, par les boissons fermentées, semblable à un maniaque qui remplacerait des meubles solides et des jardins véritables par des décors peints sur toile et montés sur châssis. C'est dans cette dépravation du sens de l'infini que gît, selon moi, la raison de tous les excès coupables, depuis l'ivresse solitaire et concentrée du littérateur, qui, obligé de chercher dans l'opium un soulagement à une douleur physique, et ayant ainsi découvert une source de jouissances morbides, en fait peu à peu son unique hygiène et comme le soleil de sa vie spirituelle, jusqu'à l'ivrognerie la plus répugnante des faubourgs qui, le cerveau plein de flamme et de gloire, se roule ridiculement dans les ordures de la route. » Ch. Baudelaire. *Les paradis artificiels*. Opium et Haschisch, Paris 1861, p. 8.

il a joué imprudemment. « Il est défendu à l'homme, dit-il, sous peine de déchéance et de mort intellectuelle, de déranger les conditions primordiales de son existence et de rompre l'équilibre de ses facultés avec les milieux où elles sont destinées à se mouvoir, en un mot, de déranger son destin pour y substituer une fatalité d'un nouveau genre (1). »

Loin d'attribuer à la funeste drogue un pouvoir surnaturel et la parer de vertus magiques, il supplie le lecteur de ne pas croire aux révélations de ses prétendus paradis, il veut le convaincre que « le haschisch ne révèle à l'individu rien que l'individu lui-même », il le met en garde contre l'accoutumance et lui cite l'exemple de Balzac qui, malgré l'éveil de sa curiosité, repousse le dawamesk, sa fierté ne pouvant consentir à l'abdication de sa volonté : « Celui qui aura recours à un poison *pour* penser, ne pourra bientôt plus penser *sans* poison. Se figure-t-on le sort affreux d'un homme dont l'imagination paralysée ne saurait plus fonctionner sans le secours du haschisch ou de l'opium (2)? »

Bandelaire n'est pas l'apôtre du vice et de l'orgie que d'aucuns, aveugles, ont cru voir portant le masque du poète. Il a fait dans ses *Paradis artificiels* œuvre de physiologie expérimentale et a tenu le langage d'un hygiéniste et d'un moraliste. Quant aux *Fleurs du mal*, ce sont les douloureuses lamentations d'un malade qui s'est déchiré le cœur pour montrer sa souffrance que rien n'a pu calmer. On l'a décrété le « chantre des voluptés folles du vin et de l'opium », ainsi qu'il le constate avec une amère dérision dans son projet de préface pour la seconde édition des *Fleurs*. Mais ceux qui l'ont ainsi nommé ont dû le lire sans le comprendre ;

(1) *Idem*, p. 98.

(2) *Idem*, p. 104.

ils ne connaissent point l'auteur de *Mon cœur mis à nu*. Avant sa mort, Bandelaire le toxicomane, le rêveur des paradis artificiels, a poussé pour tous les travailleurs un cri d'alarme : « *Travail immédiat, même mauvais, vaut mieux que la rêverie* » ; et le dernier conseil de *Mon cœur mis à nu* est le suivant : « Obéir aux principes de la plus stricte sobriété, dont le premier est la suppression de tous les excitants quels qu'ils soient. »

Ceux donc, et ils sont malheureusement trop nombreux, qui ont cru voir en Bandelaire un impie messie capable de leur ouvrir sur terre les portes d'artificiels édens, se sont grossièrement trompés. Les opiomanes de toute catégorie, les fumeurs d'opium surtout, se sont laissé séduire par la magie des mots, par l'éloquence émue du conteur, par l'imagination artiste du poète ; ils ont pris pour de l'enthousiasme ce qui était dolence, pour de l'allégresse ce qui était souffrance, pour un encouragement ce qui était dissuasion et pour un cri de victoire ce qui n'était que le soupir plaintif d'un meurtri.

Pathologie.

DE LA

MANIE SIMPLE NON RÉCIDIVANTE

ET DE LA

PSYCHOSE PÉRIODIQUE

Par le Dr Victor PARANT père,

Médecin-directeur de la Maison de santé de Toulouse.

La manie est-elle par elle-même une forme morbide simple, essentielle, susceptible de ne jamais récidiver après un seul et unique accès ?

Jadis, la réponse à cette question ne faisait doute pour personne ; elle était entièrement affirmative.

Ce n'est pas à dire que les cadres de la manie, tels que nos illustres aliénistes Pinel, Esquirol, et d'autres après eux, les avaient constitués, eussent gardé leur intégrité primitive. On avait reconnu que de ces cadres il fallait faire des éliminations. Néanmoins le principe était demeuré intact.

Depuis quelques années ce principe lui-même est battu en brèche, et quelques-uns, aujourd'hui, considèrent la manie non plus comme une entité morbide, ayant par elle-même son existence propre, mais seulement comme un symptôme, ou autrement dit comme un syndrome, qui ne serait que l'une des manifestations d'un ensemble nosologique plus complexe.

Dans les premières leçons qu'il vient de consacrer à la psychose périodique, et dont le *Bulletin médical* (numéros du 23 octobre et du 8 décembre 1909), et *L'Encéphale* (numéro de décembre 1909) ont reproduit les trois premières, M. le professeur Gilbert Ballet se prononce résolument pour cette dernière opinion.

Constatons que ces leçons se présentent comme un bijou d'enseignement didactique. Elles sont écrites dans une langue alerte; elles sont claires, nettes, disent bien ce qu'elles veulent dire, vont droit au but et ne se perdent pas dans les détails. Elles sont un modèle d'exposé, et sont bien faites pour frapper vivement l'attention.

Sous le nom de psychose périodique, M. Gilbert Ballet décrit ce que naguère on appelait folie circulaire (Falret), folie à formes alternes (J. Delaye), folie à double forme (Baillarger, Ritti), ce que les brumes de l'Allemagne voilent du nom baroque de manie dépressive, dénomination presque aussi mauvaise que celle de ce pot pourri, assemblage de choses disparates, chanté suivant les gens et suivant les lieux sur vingt airs différents, sous la dénomination de démence précoce. Le nom de psychose périodique est élégant, et comme il est plus générique, il peut avoir de réels avantages, en réunissant toutes à côté les unes des autres, en autant de chapitres, les diverses modalités de la périodicité.

Donc M. Gilbert Ballet fait sienne l'opinion qui considère la manie non plus comme une forme essentielle, mais comme l'un des éléments d'une forme morbide plus complexe.

« La manie, dit-il, est une affection essentiellement récidivante. » Lui-même souligne ces mots dans son texte pour leur donner plus de valeur, et il ajoute : « Cela revient à dire qu'elle ressortit au domaine de la psychose périodique. »

Dans les conclusions de la leçon publiée par *L'Encéphale*, il y a bien une légère restriction, mais si légère qu'elle laisse en réalité subsister tout entière l'opinion du très distingué maître.

Il y est dit :

« 1° Les cas de manie (excitation maniaque ou manie aiguë) appartiennent pour l'immense majorité des cas à la psychose périodique. »

« 4° Il n'est pas impossible que sous l'influence du surmenage, de la fatigue, puissent survenir des accès de manie qu'on pourrait appeler manie simple, mais, si ces cas existent, ils sont très rares. »

« 5° De ce qui précède découle la conclusion pronostique suivante : Quand chez un jeune homme ou une jeune fille on se trouve en présence d'un accès de manie, on peut dire à peu près avec certitude que le ou la malade présentera dans la suite de nouveaux accès de manie ou de mélancolie. »

La compétence et l'autorité de M. le professeur Gilbert Ballet sont telles que de prime abord j'ai été fort impressionné par ses dires. Cependant, après réflexion et après examen des faits venus à ma connaissance dans une pratique qui est vieille déjà de trente-cinq ans, je me suis ressaisi et je garde l'opinion de mes jeunes années : je crois qu'il y a une manie simple, essentielle, non récidivante, qui n'est pas très rare, sans être bien commune, et qui ne fait pas partie de la psychose périodique. Je reste, dans cette manière de voir, derrière mon ami le professeur Régis, qui dans son beau précis de psychiatrie conserve à la manie simple une place bien à part, comme l'avait fait M. Gilbert Ballet lui-même dans le grand ouvrage auquel il a attaché son nom. Je vais essayer de justifier ma persévérance.

Le principal argument de M. Gilbert Ballet vient d'un relevé de tous les malades entrés pour manie dans les asiles de la Seine de 1904 à 1908, c'est-à-dire dans une période entière de cinq années, toute récente. Ce relevé a fait constater que, chez les maniaques âgés de quinze à vingt ans traités en cette période, on ne trouve le témoignage d'accès antérieurs, soit de manie, soit de mélancolie (et nous ne mettons pas en conteste que la constatation de l'alternance de ces deux états ne suffise à bien caractériser la psychose périodique), on ne trouve, disons-nous, ce témoignage que dans 5 p. 100 des cas, alors que chez les maniaques âgés de plus de cinquante ans, ils figurent 95 fois sur 100.

La proportion trouvée dans ce dernier groupe conduit à soutenir que « là où le père a passé, passera bien l'enfant », et que l'on peut prévoir que lorsque les maniaques du premier groupe, ceux de quinze à vingt ans, auront parcouru quelques lustres de plus, ils auront en des accès récidivants dans la même proportion que les autres.

Cet argument n'est pas à l'abri de toute critique. Il eût gagné d'ailleurs à être complété par la comparaison du nombre d'individus maniaques dans la catégorie jeune et du nombre de ceux de la partie âgée. Si en effet ces nombres ne sont pas à tout le moins presque équivalents et que le dernier soit numériquement inférieur, on peut se demander ce qu'il est advenu des unités qui font la différence.

Précisément, il m'a donné l'idée de faire un retour sur mon passé, de rechercher ce qu'il avait pu en être des malades que j'avais soignés et que j'avais qualifiés maniaques. Mon procédé me laisse croire que s'il donne des résultats positifs, il pourrait avantageusement être mis en balance avec l'autre. Car au lieu de laisser dire : « Voici des jeunes gens atteints de manie; ils

auront presque à coup sûr des récidives et seront des périodiques », il permettrait de dire : « Tant et tant d'individus atteints de manie, même dans leur jeunesse, n'ont pas eu de récidives. Ils n'ont donc pas été des périodiques, et leur accès n'a été qu'un accès de manie simple. »

J'ai donc passé en revue les notes que j'ai prises sur tous les malades qui m'ont été confiés dans les vingt-cinq premières années de ma pratique, du 1^{er} janvier 1875 au 31 décembre 1899. J'ai laissé de côté les dix dernières années, parce que l'avenir des malades atteints pour la première fois de manie dans cette période n'a pas encore eu suffisamment le temps de se déterminer, tandis qu'un passé de dix ans sans récidive est déjà bien quelque chose ; à plus forte raison quand ce passé est plus ancien. Du reste, lorsque des récidives ne surviennent que deux ou trois fois dans une longue vie, qu'elles sont espacées de plus de dix ans, et qu'il n'y a pas entre elles d'accès mélancoliques avérés, sont-elles bien de la périodicité ?

Mes notes sont généralement courtes ; c'est un reproche qu'on pourrait leur faire. Je les crois néanmoins assez explicites pour me permettre de les regarder comme probantes. En retenant les cas que j'ai considérés comme cas de manie, j'ai eu soin d'ailleurs d'éliminer tout ce qui ne me paraissait pas net, notamment certains cas dans lesquels on constate de l'agitation avec incohérence des idées, et qui sont plutôt de la confusion mentale simple. Quand j'ai commencé la pratique, il n'était guère question de la confusion mentale, et si mes souvenirs ne me trompent, j'ai alors considéré ce qui est décrit aujourd'hui sous ce nom comme faisant partie de ce qu'on appelait la mélancolie anxieuse simple ou la mélancolie avec stupeur.

J'ai en soin d'éliminer encore non seulement ce qui touche à la confusion mentale, mais tout ce qui pourrait se rapporter soit à l'épilepsie, soit à la paralysie générale, soit à l'alcoolisme, dont, soit dit en passant, l'influence a été jusqu'ici rare dans notre région, et dont, sur 800 malades environ, en mettant à part des paralysies générales qui m'ont paru avoir été déterminées par de l'alcoolisme, je ne trouve guère qu'une dizaine de cas bien avérés.

Une autre précision me paraît également utile.

M. Gilbert Ballet donne comme étant les trois signes fondamentaux de l'accès de manie :

L'agitation motrice ;

La fuite des idées ou incohérence ;

L'euphorie, ce dernier terme indiquant une sorte de jactance propre à l'état maniaque.

Sur les deux premiers signes pas de contestation ; ils ont une valeur indéniable.

Je fais des réserves sur le troisième que je ne considère pas comme constant, et j'indiquerai plus loin comment j'envisage les choses à son sujet.

Voici maintenant le résultat du relevé que j'ai fait :

En vingt-cinq ans, de 1875 à 1899, je trouve 189 cas qualifiés manie (78 hommes et 111 femmes).

Un premier groupe de 118 (42 hommes, 78 femmes) comprend ceux qui n'ont pas guéri et sont passés soit à un délire systématisé secondaire, soit à la manie chronique. Je continue en effet, en dépit de l'invention de la démence précoce, à croire à l'existence de la manie chronique. J'ai en ce moment sous les yeux une femme âgée de soixante et onze ans et qui est tombée malade à l'âge de vingt-quatre ans. Pendant plus de vingt ans elle a été dans un état d'agitation et d'incohérence

des plus désordonnées, sans idées délirantes ni hallucinations ; vrai type de maniaque. Puis elle s'est calmée et peu à peu elle est arrivée à son état actuel. En dépit de ses soixante et onze ans, elle est alerte, vive, pas sotte du tout, au contraire, et ses diverses facultés mentales, sa mémoire surtout, sont d'une précision étonnante ; on ne lui donnerait pas l'âge qu'elle a. Elle ne peut être considérée comme guérie, car elle est extraordinairement fantasque et ferait tourner les gens en bourrique si elle avait un tant soit peu d'indépendance. Mais enfin, elle n'a certainement été rien autre chose qu'une maniaque, atteinte de la vraie manie nosologique, cela pendant environ vingt ans ; je m'obstine à la considérer comme ayant eu de la manie chronique. Mais cela n'est pas notre sujet et je n'insiste pas.

Dans un deuxième groupe viennent ceux qui ont eu des récidives ou de l'alternance ; ils sont seulement 32 (17 hommes et 15 femmes), et se répartissent ainsi :

Pour les hommes. . .	8	ont eu	2	récidives.
— — . . .	2	—	3	—
— — . . .	3	—	4	—
— — . . .	2	—	5	—
— — . . .	2	—	7	—
Pour les femmes. . .	13	—	2	—
— — . . .	1	—	3	—
— — . . .	1	—	14	—

Quatre des hommes ont eu, soit avant 1875, soit après 1899, d'autres internements ; l'un d'eux en a eu jusqu'à vingt-trois. Six femmes, toutes comprises dans celles qui n'ont eu que deux internements dans la période que j'ai retenue, ont eu également d'autres accès périodiques.

L'une de ces dernières, n'ayant eu bien réellement que deux internements, a eu son premier à dix-sept ans, le second à cinquante-cinq ans. Sa famille, bien

questionnée au moment du second internement, m'a affirmé que dans l'intervalle il n'y en avait eu aucun autre et que la malade n'était point sujette à ces hauts et ces bas allant de l'animation à l'affaissement d'une manière un tant soit peu alternante ou successive. Si on ne m'a trompé, cette malade, conformément à une remarque que j'ai faite plus haut, peut-elle bien être vraiment comptée comme une périodique? Mais je n'y insiste pas non plus, et comme elle a eu deux internements, je l'abandonne.

A ces trente-deux malades du second groupe, on pourrait peut-être ajouter quelques unités provenant du premier groupe des 118. Je ne me suis pas appliqué à les rechercher. Du reste, y en eût-il quelques-uns, les deux groupes n'en seraient respectivement que peu modifiés en eux-mêmes.

Le troisième groupe est le plus important à notre point de vue actuel. Il comprend ceux de mes malades que j'ai qualifiés atteints de manie simple, qui en ont guéri, et pour lesquels je n'ai eu connaissance d'aucun autre internement.

Il comprend, en cette période de vingt-cinq ans, 39 sujets (19 hommes, 20 femmes), dont voici le tableau avec les indications strictement nécessaires :

Hommes.

Année de la maladie.	Age du malade.	Durée de l'accès.
1875	23 ans	6 mois.
1877	27 —	5 —
—	17 —	3 —
1878	44 —	2 —
1883	20 —	2 —
1887	47 —	2 —
—	26 —	2 —
—	19 —	5 —
1888	29 —	6 —
1890	20 —	2 —

Année de la maladie.	Age du malade.	Durée de l'accès.
1891	31 ans.	2 mois.
1892	44 —	2 —
1893	21 —	2 —
1894	60 —	2 —
1898	32 —	2 —
—	28 —	2 —
—	17 —	2 —
—	17 —	1 —
—	39 —	2 —

Femmes.

1876	28 ans.	5 mois.
1878	20 —	6 —
1886	37 —	5 —
—	44 —	4 —
1889	17 —	2 —
—	19 —	2 —
1890	55 —	2 —
—	19 —	5 —
—	21 —	4 —
1892	18 —	6 —
—	42 —	2 —
—	24 —	10 —
1893	20 —	8 —
—	31 —	8 —
1895	18 —	4 —
1896	25 —	3 —
1898	17 —	3 —
1899	20 —	4 —
—	35 —	2 —
—	24 —	3 —

Je crois que ces cas sont probants pour ma manière de voir.

On peut me dire que si certains de ces trente-neuf malades guéris ne m'ont pas été confiés une seconde fois, cela ne veut pas dire qu'ils n'aient pas été placés ailleurs et qu'ils n'aient pas eu d'autres manifestations de périodicité. Assurément, et je ne puis pas répondre d'eux tous d'une manière absolue sous ce rapport. Je crois cependant pouvoir considérer que comme ils étaient tous de notre contrée, comme ils avaient été guéris une fois chez nous, s'ils avaient eu quelque rechute soit de

manie, soit de mélancolie sérieuse, on eût été tout naturellement porté soit à venir prendre mes conseils, soit à nous les confier à nouveau comme il arrivait pour les récidivants du second groupe.

Et si dans mon tableau il y en a sept qui avaient dépassé la quarantaine, s'ils avaient eu antérieurement d'autres manifestations morbides, je les aurais connues et notées, car cela se sait toujours, malgré les réticences des familles. Les malades sont les premiers à faire connaître eux-mêmes leur passé.

Sans rechercher davantage les fins de non-recevoir que l'on pourrait m'opposer sur la valeur des individus de ce groupe, j'arrive à ce que j'ai à dire de plus important à son sujet et qui pour moi est décisif.

Il se trouve, en effet, que j'ai pu suivre longtemps, très longtemps même après leur guérison, cinq de ces malades et que j'ai aussi été renseigné sur leur évolution ultérieure. Je vais transcrire les notes que j'ai gardées sur eux et y ajouter ce que j'ai su ensuite de leur histoire.

OBS. I. — M^{lle} X..., sans profession, âgée de vingt ans, m'a été confiée le 9 juin 1878 et a été rendue à sa famille, guérie, le 9 décembre 1878.

Depuis trois mois environ, avant son entrée chez moi, elle était mal portante, irritable, instable. Mais l'accès de manie franche ne datait que de huit jours.

Juillet. — Désordre maniaque incessant. Les mouvements, les actes sont continuellement désordonnés. Les paroles sont incohérentes; il est impossible d'y rien démêler de suivi ou de raisonnable. Il ne paraît pas y avoir d'hallucinations. La malade a des pamoisons, des attitudes excentriques, des rires sans motif. Elle a des tendances érotiques. Il suffit de lui donner la main pour les susciter; ses yeux se voilent, elle rougit, elle serre vivement la main qu'on lui a tendue et cherche à embrasser.

Août. — Même agitation. La malade saute, grimpe de tous côtés, prend des poses ridicules, quelquefois lascives. Incohé-

rence complète des idées. Il est presque impossible d'obtenir une réponse un peu raisonnable.

Septembre. — État un peu moins mauvais. La malade se met à s'occuper un peu : ménage, travail de couture. Cependant, sous le rapport intellectuel, il ne semble pas y avoir encore amélioration.

Octobre. — Même état.

Novembre. — Le mieux s'accroît. Il y a de la suite dans les idées. La malade s'occupe beaucoup et est habituellement fort docile. Quelquefois il lui arrive bien encore d'avoir une animation un peu trop grande; elle saute, elle rit aux éclats.

Décembre. — Le calme est continu. Il reste un peu de faiblesse intellectuelle. Mais avant la maladie, il y avait déjà cette même faiblesse que la famille retrouve telle qu'elle était.

9 décembre. — Sortie guérie.

Cette demoiselle est rentrée près de sa mère qui était veuve et qui me l'a ramenée plus d'une fois, sans que ces visites fussent motivées par des craintes de maladie. D'intelligence médiocre, elle pouvait cependant faire dans le monde figure passable et elle était chez elle une bonne petite ménagère.

Elle s'est mariée vers l'âge de vingt-six ans. Elle a eu deux enfants dont ni la gestation, ni la naissance n'ont causé de troubles morbides. Les dernières nouvelles que j'ai eues d'elle remontent à cinq ou six ans. Jusque-là rien n'avait rappelé l'accès de 1878 et on ne m'a jamais signalé aucune autre manifestation anormale; or, l'accès unique remonte déjà à plus de trente ans.

Obs. II. — M^{lle} X..., dix-neuf ans.

Entrée dans notre maison le 13 octobre 1890. Elle paraissait nettement atteinte depuis une huitaine de jours.

Le certificat médical d'admission porte : « ... présente les signes d'un dérangement mental, caractérisé principalement par le désordre absolu des idées et l'incohérence des actes; le tout accompagné d'un délire bruyant et d'insomnie. »

Novembre. — Agitation continue, actes désordonnés, paroles incohérentes.

Décembre. — De-ci, de-là, quelques moments de calme.

Janvier 1891. — Très désordonnée et incohérente. Dit des paroles grossières.

Février. — Un peu moins désordonnée, mais l'incohérence n'est pas moindre.

Mars. — Grande amélioration. Calme et bonne tenue. Les idées sont coordonnées. La dernière marque de délire a été que la malade se croyant mariée, écrivait à son mari imaginaire et l'attendait chaque jour.

10 mars. — Guérie, elle rentre dans sa famille.

Elle s'est mariée vers l'âge de vingt-trois ans; elle n'a pas eu d'enfants. J'ai eu souvent de ses nouvelles. On m'a toujours dit qu'elle était un peu apathique, mais sans rien qui parût suspect en fait de maladie.

Obs. III. — M^{me} X..., épouse X..., sans profession, âgée de vingt ans.

Entrée chez moi le 28 mai 1893.

Malade depuis environ quinze jours; l'agitation était devenue rapidement très forte.

Juin. — Excitation maniaque généralisée; grand désordre des actes.

Juillet, août, septembre, octobre. — Même agitation.

Novembre. — Meilleure tenue; les actes ne sont plus désordonnés.

Décembre. — La lucidité est revenue; l'amélioration se fait rapidement.

21 décembre. — Depuis quinze jours la malade a très bonne tenue et est très raisonnable. Elle se montre reconnaissante des soins qu'on lui a donnés. Elle est rendue à son mari, guérie.

Cette personne qui, à l'époque de sa maladie, demeurait dans une ville de la région, demeure maintenant à Toulouse. Elle a eu trois enfants, qui sont bien vivants et qu'elle a élevés elle-même. Elle est et a toujours été d'un caractère un peu pétulant, d'allures un peu gasconnes. Quand elle habitait hors de Toulouse, elle ne

manquait jamais de m'écrire au premier de l'an et de me donner de ses nouvelles, constamment bonnes. Depuis qu'elle est à Toulouse, elle vient me voir à la même époque. Nous parlons du passé, dont elle n'a pas gardé mauvais souvenir, et elle me dit toujours, ce que son mari confirme, qu'elle se porte très bien.

OBS IV. — M^{lle} X..., âgée de trente et un ans, sans profession.

Entrée le 13 mars 1894.

Son agitation, qui menaçait depuis une quinzaine de jours, était devenue assez forte depuis un même nombre de jours avant l'entrée.

Avril. — Agitation sans hallucinations. La malade est désordonnée et toujours en mouvement. Insomnie habituelle.

Mai. — Même état. La malade semble avoir bien conscience d'elle-même et de ce qu'elle fait.

Juin. — Quelques intervalles de calme et de lucidité. Mais l'agitation et le désordre prédominent encore.

Juillet. — Calme plus marqué dans la journée. Mais encore de l'agitation nocturne.

Septembre. — L'agitation est légère.

Octobre. — Du calme; de la lucidité.

Novembre. — Calme très satisfaisant.

6 novembre. — Sortie guérie.

Cette demoiselle habitait Toulouse, et je suis resté en relations avec sa famille. Elle vivait avec sa mère, qui était âgée et malade, ayant de graves accidents cardiaques. Pendant cinq ans après sa guérison, elle l'a soignée seule, avec un dévouement qui ne s'est jamais démenti. Après la mort de sa mère, elle a habité avec un de ses frères qui n'était pas marié, et dont elle tenait très bien le ménage. Elle est décédée, en 1905, des suites d'une pneumonie.

OBS. V. — M^{lle} X..., vingt-quatre ans, sans profession.

Entrée le 23 décembre 1899.

Elle était malade depuis environ un mois.

Au moment de son entrée, elle était agitée, incohérente, désordonnée.

Janvier 1900. — Agitation maniaque sans idées délirantes, incohérence, désordre des actes, insomnie.

Février. — N'est presque plus agitée et ses idées ne sont presque plus incohérentes.

Mars. — S'améliore beaucoup, au mental comme au physique.

22 mars. — Sortie guérie.

Elle est rentrée dans sa famille; elle s'est mariée deux ans après. Presque immédiatement, elle devint enceinte et conduisit à bon terme un enfant bien portant. Un an plus tard, elle s'aperçut que son mari devenait malade à son tour. Pendant plusieurs semaines elle le soigna de son mieux, malgré des difficultés croissantes. Elle me l'amena alors : c'était un paralytique avéré, qu'il fallut interner presque immédiatement et qui vécut deux ans. Depuis la mort de son mari, elle fait valoir quelques propriétés, qu'elle conduit très bien. Elle élève son enfant, qui jusqu'ici est bien portant. Il y a deux ans environ, elle vint me conduire elle-même une de ses voisines tombée dans la mélancolie et qui était gravement malade. Tout récemment encore, j'ai eu de ses nouvelles. Depuis son accès, elle n'a jamais présenté rien d'anormal et a pu sortir indemne des rudes épreuves qui l'ont assaillie depuis lors.

Voilà mes faits, je dirai mes témoignages.

Dans chacun d'eux, je trouve les éléments essentiels de la manie, à savoir l'agitation motrice et l'incohérence ou fuite des idées.

J'ai dit plus haut que je faisais des réserves au sujet de l'euphorie. C'est qu'en effet, cette disposition symptomatique appartient, à mon avis, plus à la manie périodique qu'à la manie simple, et que, dans certains

cas, elle pourrait être un élément de diagnostic entre l'une et l'autre. Ce n'est pas à dire cependant qu'on ne la trouve jamais dans la manie simple, pas plus qu'elle n'est absolument constante dans la manie périodique. J'en ai précisément en ce moment même un exemple sous les yeux. Une dame, âgée de quarante-trois ans, qui m'a été confiée il y a environ deux ans, est, depuis plusieurs années, dans une périodicité marquée, dont l'agitation maniaque semble presque à elle seule faire tous les frais. Avant qu'elle me fût confiée, son mari la gardait près de lui ; mais l'agitation devenant trop forte dans les accès, il a dû s'en séparer. Elle a, environ trois fois par an, des périodes d'agitation qui durent plusieurs semaines. Or, dans ces périodes, elle n'a rien d'euphorique ; elle est hargneuse, tourmentante, tracassière, et le son de sa voix n'a rien qui soit aimable. Elle paraît toujours ennuyée et mécontente de tout. Malgré ce cas, je crois qu'en effet l'euphorie doit être considérée comme un bon signe, presque constant, des accès de manie périodique. Mais, je le répète, d'après mes observations, cette euphorie est plutôt l'exception dans les accès maniaques d'autre nature.

Je crois d'ailleurs qu'il y a entre les uns et les autres d'autres différences permettant au besoin de les reconnaître.

Ainsi, dans la périodicité, la manie commence et finit bien plus brusquement d'ordinaire que dans la manie simple, même à un premier accès. La manie simple a comme une phase de préparation, d'incubation, qui peut durer quelques semaines, et elle disparaît d'une manière progressive.

Dans la manie périodique, les malades restent plus raisonnants que dans l'autre ; ceux qui sont atteints de celle-ci arrivent plus nettement à l'incohérence et même à l'obtusion apparente des idées, et la conservent

presque continuellement dans tout le plein de l'accès. Cela n'empêche pas que dans ce moment ils ne puissent avoir conscience de leur état ; quelques-uns, revenus à la guérison, rendent fidèlement compte de tout ce qui leur est advenu et qu'ils ont bien vu, alors qu'ils paraissent être dans un complet désarroi mental. Ma malade de l'observation IV en fut un bon exemple.

Ainsi ce ne sont pas seulement des considérations de statistique, ce sont aussi des motifs cliniques qui me font admettre une différence entre la manie périodique et la manie simple essentielle.

Et l'existence de celle-ci me paraît être, non pas exceptionnelle, rare, même problématique, comme l'indique M. Gilbert Ballet, mais assez fréquente pour qu'il faille en tenir sérieusement compte et lui garder une place bien à part dans la nosologie. Je la vois même plus fréquente en elle-même que la manie récidivante. Eu effet, d'après mon relevé, qui comprend 260 individus atteints de manie, il y en a eu environ :

70 p. 100 devenus incurables ;

13 p. 100 en état de périodicité ;

17 p. 100 n'ayant eu que de la manie simple non récidivante.

J'ajouterai enfin une autre considération. Dans le milieu parisien, où M. Gilbert Ballet a puisé ses statistiques, il est possible que la manie récidivante soit plus commune qu'ailleurs, et il se trouverait ainsi, vis-à-vis de lui-même, justifié de parler comme il le fait. Je crois en effet, et c'est là une donnée qui pourrait donner matière à des développements intéressants, que suivant les milieux ou suivant les temps, telle ou telle maladie puisse être rare ou commune, fréquente ici, presque inconnue ailleurs ; que même une maladie ne soit pas absolument identique à elle-même suivant les milieux et les temps, et que cependant, malgré les apparences

diverses, ce soit bien toujours la même maladie. Ainsi, par exemple, dans la région où je me trouve, pour la paralysie générale c'est la forme mélancolique et hypochondriaque qui aujourd'hui est la plus commune, que même c'est presque la seule, alors qu'autrefois elle n'était que l'exception, et que presque tous les paralytiques étaient des euphoriques, à idées de grandeur et de satisfaction d'eux-mêmes. C'est pourquoi, si dans un milieu donné, à une époque donnée, on ne rencontre pas telle ou telle manifestation morbide observée précédemment ou ailleurs, il ne faut pas trop se hâter de conclure à sa non-existence.

Ce que je demande maintenant, à tout le moins, c'est que la question de la manie non récidivante ne soit pas encore considérée comme définitivement résolue. Ce qu'il faudrait pour la résoudre, à mon avis, ce serait non pas de tabler sur le passé des gens qu'on voit vers leur cinquantaine avoir de l'agitation maniaque, mais plutôt de suivre à la piste ceux qui ont eu de la manie autour de leur vingtième année et savoir ce qu'ils deviennent.

M. Gilbert Ballet nous dit que parmi les maniaques de cet âge, traités en cinq ans dans les asiles de la Seine, on ne trouve guère de déjà périodiques que dans la proportion de 5 p. 100 ; que deviendront les 95 autres ? Quelques-uns mourront jeunes et ne pourront servir à la démonstration. Mais combien en trouverait-on, parmi les autres, qui évolueraient dans une vie assez longue sans avoir jamais ni de récurrence de manie ni d'accès de mélancolie ? Si peu qu'il y en eût, leur histoire serait absolument démonstrative, plus démonstrative de beaucoup que celle des autres, et c'est pour cela que j'attribue à mes observations une valeur telle qu'elle me maintient quand même dans mon opinion ancienne.

Je voudrais bien aussi que dans la justification de la

périodicité on ne fit pas trop étroitement fond sur des successions plus ou moins marquées de dépression et d'effervescence qui n'ont pas nettement un caractère de maladie. Tout ce qui est tel, est-il bien de la vraie périodicité morbide? A ce compte, nous serions tous plus ou moins malades, car qui de nous n'a pas ses hauts et ses bas? Nous sommes, sous ce rapport, à la merci de notre état physique, de nos organes, de mille incidents qui viennent alternativement influencer notre vie, et de tous les *circumfusa* auxquels les pathologistes d'autrefois attachaient une grande importance. Que notre santé physique soit bonne, que notre estomac fonctionne bien, que nos affaires soient en prospérité, que le temps soit beau, c'est alors l'euphorie et l'animation; faites disparaître tout cela et renversez l'ordre des facteurs, c'est alors la disposition contraire : les idées noires, la tristesse, la dépression, l'accablement. « Il y a, disait un des personnages de Murger, des années où on n'a pas envie de travailler. » Il aurait pu ajouter qu'à côté de cela il y en a d'autres où on a beaucoup d'entrain, et les unes et les autres se succèdent ou se reproduisent de même manière sous des causes diverses. Tout cela est-il donc de la périodicité? Je voudrais que dans les malades présentés comme périodiques on ne fit pas état de ces petites différences et qu'on ne tînt bien compte que de ce qui est franchement un accès de manie ou de mélancolie.

Et puis, je veux conserver pour les jeunes maniaques, comme aussi pour les jeunes mélancoliques qui nous sont confiés, une porte ouverte à l'espérance. Nous avons déjà bien des géhennes autour de nous : la paralysie générale, les délires systématisés, l'imbécillité et autre chose encore, sans y ajouter, tant qu'on n'a pas des certitudes cent fois certaines, la manie et la mélancolie, celle-ci étant même, à mon avis, plus fréquente à

l'état de simplicité non récidivante que sa contre-partie. Un bon traitement hygiénique, le repos, le calme, une alimentation réconfortante, sont des éléments dont nous disposons pour remettre en bon état les malades de ce genre, et j'ai confiance qu'avec eux il est encore possible d'en mettre plus d'un définitivement hors d'affaire.

Tout en payant un juste tribut d'admiration aux leçons de M. le professeur Gilbert Ballet, je reste dans ma vieille croyance d'autrefois, celle dans laquelle j'ai été élevé, qu'il y a d'une part une manie périodique, et d'autre part une manie simple, essentielle, non récidivante, et bien réellement curable.

LA PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE

Par les D^{rs} ARSIMOLES et HALBERSTADT,

Médecins des asiles d'aliénés.

La forme juvénile de la paralysie générale a obtenu actuellement droit de cité sans conteste dans la nosologie. Cependant, certaines de ses particularités sont encore discutées et le nombre des travaux s'y rapportant augmente tous les jours. Ayant eu l'occasion de suivre un cas personnel, nous avons cru intéressant de faire une revue d'ensemble de la question. Nous avons basé notre étude sur les principaux travaux actuellement connus et sur un ensemble de 231 observations (y compris la nôtre), soit la quasi-totalité des cas publiés.

OBSERVATION PERSONNELLE. — S..., enfant assisté de la Seine, âgé de quatorze ans et demi, entre à l'hospice d'incurables de Saint-Venant (Pas-de-Calais), le 1^{er} avril 1907.

Antécédents héréditaires. — S... est un enfant naturel. Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — D'après les renseignements fournis par sa nourricière, il était un enfant normal jusqu'à l'âge de treize ans et demi ou quatorze ans. Ces renseignements sont-ils exacts? Nous ne pouvons l'affirmer avec certitude; il est possible que de tout temps S... ait montré un certain degré de débilité intellectuelle. Mais nous pouvons affirmer que, vers l'âge sus-indiqué, il s'est produit en lui un changement très net qui a frappé l'entourage. Jusque-là il avait fréquenté l'école, avait appris à lire, écrire et compter, ne se distinguant pas des autres enfants. En 1906, peu à peu, son intelligence commence à s'affaiblir, au point que ses cama-

rades se moquaient de lui, alors qu'ils ne l'avaient point fait jusque-là. D'autre part, la force musculaire diminue et la marche devient difficile. Ces troubles entraînent l'incapacité à s'occuper, et l'Administration des Enfants-Assistés le fait placer à l'hospice.

Examen du malade. — S... est un garçon de taille moyenne. Le visage est légèrement bouffi et coloré. Il n'y a pas de stigmates d'hérédo-syphilis.

Le masque est vieillot. Il y a une légère asymétrie faciale combinée à d'autres stigmates de dégénérescence : palais ogival, oreilles mal ourlées avec lobules adhérents, front bas, cheveux à implantation basse.

Les troubles moteurs sont très accentués. On note dans les membres supérieurs et inférieurs une diminution considérable de la force musculaire et un certain degré d'incoordination. Il existe un tremblement à grandes oscillations au niveau des membres supérieurs, plus accentué vers les mains ; ce tremblement ne s'exagère pas pendant les mouvements intentionnels. La langue est animée d'un tremblement considérable (mouvement de trombone). Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Les réflexes patellaires sont fortement exagérés. Pas de signe de Babinski. Pas de clonus du pied. Il existe de la contracture, accentuée au niveau des membres supérieurs (comme le montre la photographie), légère au niveau des membres inférieurs. La combinaison de ces multiples troubles moteurs rend la marche difficile ; elle est spasmodique et à petits pas.

La sensibilité est absolument normale dans ses différents modes.

Du côté des yeux, on n'observe aucun trouble apparent ; il n'y a pas de nystagmus ni de paralysies oculaires, les pupilles sont égales et réagissent à la lumière et à la distance.

La parole est embarrassée, difficilement compréhensible, explosive, un peu scandée. Il n'y a pas de troubles du langage intérieur ; il sait lire, peut désigner les objets de leurs noms usuels, et, s'il ne peut écrire, c'est par suite de ses troubles moteurs. Pas de phénomènes d'apraxie.

Les troubles mentaux sont très accentués et consistent essentiellement dans l'affaiblissement global des facultés.

La mémoire est fortement diminuée : il n'a conservé aucun souvenir des notions élémentaires apprises à l'école, et ne se rappelle rien de son existence antérieure. Cependant, il reconnaît les personnes qui le soignent. Il ignore la date, ne sait

pas où il se trouve. Le jugement est très altéré, mais n'est pas complètement absent. Il sait calculer un peu, reconnaît les pièces de monnaie, sait lire, exécute correctement les mouvements qu'on lui fait faire.

Mais il n'est plus capable de lire l'heure exactement, il ne sait pas répondre aux questions les plus simples. S... est indifférent à sa situation. Il paraît satisfait de son séjour à



l'hospice, vit au jour le jour, sans s'inquiéter de son avenir. Il ne se considère pas comme malade et ne se plaint de rien. Il est béat et euphorique. Quelques sentiments affectifs sont conservés. Il est sensible aux marques d'attention, accueille avec plaisir de menus cadeaux, par contre, pleure si les autres enfants le taquent ou se moquent de lui. Il n'y a ni délire, ni hallucinations, ni impulsions. Le caractère est doux, obéissant; quand on lui est désagréable, il se contente de pleurer. S... est d'ailleurs très émotif, il suffit de peu de chose pour déterminer soit des pleurs, soit du rire. Ces dernières manifestations présentent cette particularité d'être nettement spasmo-

diques; il est inutile d'entrer dans une description détaillée; nous pouvons nous contenter de signaler la ressemblance de notre malade, à ces moments, avec un pseudo-bulbaire.

Nous avons pu fixer, par un instantané, la physionomie du malade pendant un de ces accès (1); on y voit que la bouche est déviée à droite.

Les fonctions somatiques s'effectuent normalement. Notons



pourtant que le pouls est à 56 et que la déglutition est parfois difficile. Il existe du gâtisme intermittent.

S... n'a présenté à aucun moment de son existence de crises convulsives ni de vertiges.

Évolution. — Jusqu'en octobre 1908, l'affection progressait lentement. Les troubles moteurs s'accroissaient, la démence apparaissait de plus en plus complète, mais ces modifications

(1) Les photographies sont dues à M. le Dr Féry, que nous remercions vivement pour son obligeance.

se faisaient sans brusquerie. Vers octobre 1908, l'évolution s'accélère. Le gâtisme devient continu. La marche est bientôt impossible, et cette impotence cloue le malade dans son lit. Il ne peut presque plus lire, ne comprend plus rien de ce qui se passe autour de lui, est incapable de manger seul, commence à mener une vie surtout végétative. Son visage s'éclaire encore quand on lui montre une friandise, mais il ne peut plus la saisir, par suite d'ataxie et de tremblements considérables.

Au cours de 1909, la motilité et l'intelligence disparaissent pour ainsi dire complètement. Au début de février 1909, on constate de l'inégalité pupillaire, au profit de la pupille droite. Les deux pupilles réagissent encore à la lumière, mais paresseusement, une escarre apparaît, les forces physiques déclinent rapidement, le marasme est complet et le décès survient le 20 mars 1909 à 11 heures du soir.

Autopsie. — L'autopsie est faite trente-six heures après la mort. Le corps est émacié. Il n'y a pas de signes d'infantilisme; les organes génitaux sont normaux. Poumons normaux, sans adhérences; tissu normal; pas de tuberculose. Cœur normal. Aorte épaissie; légères lésions d'athérome, au-dessus des valvules aortiques. Artère pulmonaire épaissie. Rate, reins et foie normaux.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on trouve la dure-mère épaissie, sa face interne a un aspect dépoli. Dans la région antérieure, la dure-mère est froncée, moins tendue qu'à l'état normal, faisant de grands plis comme une bourse en partie vidée. Au niveau de la convexité, adhérences partielles entre la dure-mère et les méninges molles. Adhérences étendues, au contraire, dans le fond de la scissure interhémisphérique et sur le bord interne des hémisphères. Granulations nombreuses tout le long de ce bord. Après ouverture de la dure-mère, s'écoule en abondance du liquide céphalo-rachidien. L'arachnoïde est épaissie et lactescente sur presque toute la convexité, notamment sur les lobes frontaux et au niveau des scissures de Rolando et de Sylvius. Un peu de congestion à la région occipitale. Rien à la base. Méningite considérable sur la face supérieure du cervelet, tout le long du vermis. Le cerveau est petit, pesant 810 grammes. Les circonvolutions sont amincies et les sillons élargis. Atrophie des circonvolutions, prédominant dans le lobe frontal, notamment au niveau du pôle de ce lobe. Ulcérations polycycliques, de dimensions variables, mais n'atteignant que l'écorce, dans la région frontale, les méninges

n'étant ni enlevées ni tirées avec la pince. Au niveau d'une de ces ulcérations, si on essaie de soulever la pie-mère, on constate qu'elle adhère aux circonvolutions voisines. Au niveau du toit du quatrième ventricule, la ligne médiane est couverte de granulations arachnoïdiennes, présentant l'aspect classique de la langue de chat. Les vaisseaux paraissent intacts.

L'examen histologique (1) a donné les résultats suivants :

Méningite très intense à lymphocytes ; gaines périvasculaires lymphocytaires très prononcées par places ; cellules nerveuses altérées, granuleuses, mal colorables ; prolifération très intense des cellules rondes intracérébrales. Hémorragies partielles méningées et interstitielles. La conclusion générale de l'examen microscopique est qu'il s'agit de méningo-encéphalite diffuse, dans laquelle les lésions d'encéphalite sont plus accentuées qu'elles ne le sont d'habitude dans la paralysie générale.

DÉFINITION.

Avant de commencer notre étude, il importe de bien délimiter notre sujet, d'autant plus qu'une confusion pourrait s'établir entre les différentes définitions adoptées par les auteurs. Mingazzini, Moussous, ont voulu différencier une forme juvénile proprement dite, et une forme infantile.

Cette distinction ne nous paraît pas répondre à une nécessité réelle, et nous préférons les englober dans la dénomination générale de paralysie générale juvénile. Sous ce terme, nous comprendrons les cas ayant débuté avant vingt ans ou au maximum à l'âge de vingt ans. Cette délimitation est toute artificielle ; mais elle est adoptée par la presque généralité des auteurs, et c'est pourquoi nous avons cru devoir nous y tenir.

HISTORIQUE.

Les premiers cas de paralysie générale juvénile publiés paraissent avoir été méconnus quant à leur

(1) Cet examen a été pratiqué par M. André Léri, que nous tenons à remercier pour son extrême amabilité.

nature vraie. Ce sont ceux de : Morison (1828), Stolz (1844), Guislain (1852) et E. Mendel (1868). Clouston, le premier, porta le diagnostic exact, dans un cas personnel (1877). Mais ce fut Régis qui démontra véritablement l'existence de la paralysie générale juvénile, dans plusieurs travaux successifs dont le premier date de 1883. En 1892, Charcot faisait une leçon sur ce sujet, et en 1893 Toulouse, dans une revue générale, indiquait l'existence de 14 cas.

Pendant plusieurs années, des observations furent apportées de divers côtés, si bien que, en 1898, Régis pouvait s'appuyer déjà sur l'existence de 70 cas authentiques, lors d'une discussion à la Société médico-psychologique contre Christian, qui ne croyait pas à cette forme de la paralysie générale.

Vers la même époque, en Allemagne, une étude importante d'Alzheimer présentait l'état de la question en 1896. La maladie pouvait être considérée comme réellement classée dans la pathologie mentale. Des thèses importantes paraissent en France : ce sont celles de Thiry (1898), inspirée par Haushalter, et de Delmas (1899), inspirée par Régis.

Dans les dix dernières années, les observations se multiplient dans tous les pays. D'autre part, plusieurs revues d'ensemble marquent les étapes successivement parcourues dans la connaissance de la question. Signalons les travaux de Frölich (1901), Hirschl (1901), Firpi (1906), Louvrier (1907), Falk (1908), Klieneberger (1908). A l'heure actuelle, le nombre des observations dépasse 250.

ÉTIOLOGIE.

La fréquence réelle de la paralysie générale juvénile est difficile à fixer. Un certain nombre de cas échappent à l'observation pour plusieurs raisons : la grande

majorité de ces malades est assistée dans des hospices ; l'internement ne s'impose pas, soit à cause de l'âge, soit à cause de la forme de démence simple à laquelle se réduit souvent la physionomie clinique. D'autre part, le tableau clinique ne commence à être connu que depuis peu, et l'on pense souvent à toute autre chose qu'à une méningo-encéphalite diffuse. D'après Thiry, sur 7.000 enfants examinés à sa clinique, Haushalter n'a observé que 3 cas en quatre ans. Krafft-Ebing croit à une augmentation de fréquence.

Contrairement à ce qu'on voit chez l'adulte, le sexe féminin apporte une contribution considérable à la paralysie générale juvénile ; Wiglesworth croyait même à une prédominance chez les filles ; pour Alzheimer et d'autres auteurs, les deux sexes seraient égaux devant cette affection. Des auteurs récents sont d'un avis un peu différent ; pour Rauke, il y a une fille atteinte pour 1,1 garçon ; pour Frölich, la proportion serait de 1 à 1 1/3. Notre statistique basée sur 205 cas où le sexe était mentionné, nous donne 118 garçons contre 87 filles ; cette proportion se rapproche de celle de Frölich.

L'âge de début, qui, d'après notre définition, est au maximum vingt ans, fournit-il des données intéressantes ? Le relevé de 171 observations dans lesquelles l'âge de début était précisé nous a donné le tableau suivant :

Age de début. Nombre de cas.

4 ans	1
5 —	1
6 —	1
7 —	4
8 —	3
9 —	8
10 —	11
11 —	14
12 —	15

Age de débtt.	Nombre de cas
13 ans.	9
14 —	18
15 —	18
16 —	16
17 —	17
18 —	15
19 —	12
20 —	8
	<hr/> 171

Ce tableau nous montre, outre le nombre relativement faible des cas observés dans la première enfance (au-dessous de dix ans), un accroissement notable entre dix et dix-sept ans, suivi d'une décroissance rapide au-dessus de cet âge jusqu'à vingt ans. Ainsi se trouve établie cette notion importante déjà affirmée par Toulouse : la prédominance de la période pubérale dans l'éclosion de la maladie. Cet auteur attribue en effet une importance notable aux troubles évolutifs que marque cette période. Les Anglais appellent quelquefois la forme juvénile de la paralysie générale : « developmental paralysis ».

Parmi les causes de la paralysie générale juvénile, la plus importante est la syphilis. Sans vouloir renouveler ici le débat passionné relatif au rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale en général, nous nous cantonnerons sur le terrain de la forme juvénile. En nous référant aux indications apportées par les auteurs, nous avons trouvé des données utilisables pour la syphilis dans 160 observations, qui se décomposent ainsi :

Syphilis héréditaire certaine	105 cas.
— — probable	25 —
— — possible	20 —
— acquise	10 —

Il nous est impossible d'établir un pourcentage ayant quelque valeur : sur la totalité des observations que

nous avons examinées, un bon nombre manquaient de renseignements étiologiques suffisants; cela s'explique par l'extrême difficulté de connaître avec précision, non point seulement les antécédents personnels, comme chez l'adulte, mais surtout les antécédents héréditaires. Nous ne pouvons en trouver d'exemple plus frappant que celui de notre malade, enfant naturel placé à l'hospice par l'Assistance publique. Il faut compter, dans l'avenir, sur les moyens objectifs, tels que la réaction de Wassermann, qui a permis déjà de déceler des syphilis ignorées; citons dans ce sens les cas récents de Flesch et de K. Mendel: dans les deux cas, malgré les dénégations formelles des parents relativement à la syphilis, la réaction de Wassermann fut positive chez le malade et chez la mère.

La syphilis se manifeste presque toujours sous sa forme héréditaire. Thiry a attiré l'attention d'une façon particulière sur la léthalité considérable dans les familles des jeunes paralytiques généraux, et sur ce fait que, le plus souvent, dans l'ordre chronologique des grossesses, les futurs paralytiques généraux juvéniles sont nés dans le voisinage d'un avortement. Les cas de syphilis acquise sont exceptionnels. Sur les 10 observations où elle était constatée, il s'agissait tantôt de syphilis vaccinale (Burzio), tantôt de contagion par la nourrice (Sommer, Mingazzini, Régis), tantôt de contagion par contact (Swenson: contagion par domestique à 4 ans; — Hudovernig: contagion par un enfant avant 2 ans; — Hüfler: chancre de la lèvre à 5 ans; — Karpas: syphilis acquise à 4 ans).

Le rôle considérable que joue la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale juvénile a été du reste affirmé par de nombreux auteurs: Charcot a attiré l'attention, l'un des premiers, sur l'existence de la syphilis, soit chez les enfants eux-mêmes, soit chez leurs parents.

Clouston avait également vu l'importance capitale de ce facteur. Alzheimer considère que la syphilis joue ici un rôle « extrêmement important, peut-être même exclusif ». Des auteurs récents estiment qu'il n'y a pas de paralysie générale juvénile sans syphilis : Hirschl, en 1901, s'est prononcé dans ce sens ; Müller, en 1908, s'exprime ainsi : « Pas de paralysie générale et pas de tabes sans syphilis. » Gaucher, dans une leçon sur les accidents de l'hérédo-syphilis nerveuse, classe la paralysie générale juvénile dans le groupe des accidents quaternaires, syphilitiques par leur origine, mais non par leur nature (lésions parasyphilitiques).

A côté de la syphilis, d'autres causes déterminantes ont été invoquées ; telles sont : la tuberculose, les traumatismes, la puberté, l'alcoolisme, etc.

La tuberculose a été constatée chez les malades 4 fois d'une façon certaine ; dans un cas, elle était douteuse. Régis, en 1901, puis en 1909, Régis et Anglade en 1906 insistent sur ce facteur étiologique existant soit chez le malade, soit dans sa famille, et sur la possibilité de son association avec la syphilis. Louvrier semble soutenir une opinion différente quand il affirme que les paralytiques généraux juvéniles meurent rarement de tuberculose. Vu la date récente à laquelle l'attention s'est portée sur l'association de la tuberculose aux autres conditions étiologiques, il est impossible actuellement de trancher cette question.

Des traumatismes craniens ont été observés 20 fois avec certitude et 1 fois avec simple possibilité, chez les 231 malades qui servent de base à notre étude. Nous avons cru devoir les décomposer de la façon suivante :

Immédiatement avant le début de la maladie	7 cas.
Un peu avant	9
Longtemps avant	3
Epoque inconnue	1

Divers auteurs ont attribué une importance capitale à cet élément causal (Wiglesworth, Gadden). Middlemas, cité par Louvrier, pense que le traumatisme ne peut créer de toutes pièces la paralysie générale juvénile, mais peut faire éclater une paralysie générale latente.

Nous croyons plus conforme à la réalité des faits l'opinion de Régis et de Toulouse, pour lesquels le traumatisme est souvent un effet plutôt qu'une cause, et fait partie de la symptomatologie, les malades tombant par suite de vertiges ou de troubles de la marche. En somme, lorsqu'on a écarté les traumatismes anciens, le problème reste entier, comme pour la paralysie générale de l'adulte.

Parmi les autres causes, d'une importance infime, si tant est qu'elles ne soient pas une simple coïncidence, mentionnons :

Epilepsie (2 cas)	(Clouston, Marchand et Nouet).
Chorée	(Brissaud et Gy).
Surmenage	(Marchand).
Accouchement à dix-huit ans	(Wiglesworth).
Grippe	(Hirschl).
Fièvre typhoïde	(Jouschenko).
Scarlatine	(Giannelli).

Pour être en mesure d'apprécier l'importance des causes de la paralysie générale juvénile, il est nécessaire de rechercher ce que vaut le terrain sur lequel elle évolue. Depuis le travail d'Alzheimer, on admet généralement que la paralysie générale juvénile apparaît le plus souvent chez des enfants d'un développement physique et intellectuel normal. Notre cas personnel s'ajoute à tous ceux qui ont servi à affirmer cette opinion. On a cependant observé des cas où la faiblesse intellectuelle était marquée et pouvait aller jusqu'à l'imbécillité et à l'idiotie (Toulouse et Marchand). Quant au développement physique, il a été trouvé plu-

sieurs fois retardé ou arrêté. Parfois, ces troubles portent particulièrement sur la sphère génitale; Hirschl attribue une grande importance à ce point. Rappelons que Joffroy a signalé le défaut d'ossification des épiphyses.

A côté des éléments étiologiques que nous venons d'énumérer se place l'étude de la prédisposition héréditaire. Celle-ci serait déterminée, pour certains auteurs, par l'alcoolisme des ascendants (Combemale, Louvrier). Nous avons, en effet, trouvé 22 fois l'alcoolisme des parents nettement indiqué comme cause importante de la paralysie générale juvénile. Une autre opinion invoque la tuberculose comme jouant le même rôle que l'alcoolisme (10 cas de tuberculose des parents dans nos statistiques). Mais c'est à l'hérédité névropathique et vésanique que la plupart des auteurs attachent une importance décisive (Legrain, Haushalter). Nous partageons cette manière de voir sans qu'il nous soit possible de décider si cette forme d'hérédité est plus importante que chez l'adulte, comme le veut Flesch, ou bien moins importante, comme le pense Frölich.

Il nous paraît intéressant de faire à l'hérédité similaire une place à part dans notre étude. Nous pensons avoir recueilli tous les cas de paralysie générale juvénile, avec paralysie générale des parents, qui sont actuellement connus : ils sont au nombre de 20, plus un douteux. Nous les avons réunis dans le tableau suivant, qui tire son intérêt des discussions récentes sur l'hérédité similaire.

Auteurs.	Parent paral. gén.	Sexe.
Bernhardt	Père	H.
Bernhardt	Père	H.
Woltär.	Mère	H.
Giannelli.	Mère	H.
Nonne.	Père	H.
Rey et Manière.	Père	H.
Turnbull.	Père	H.

Auteurs.	Parent parat. gén.	Sexe.
Major	Père, paral. gén., mère, probable- ment paral. gén.	H.
Westphal	Mère	F.
H. Gudden	Père	H.
Krafft-Ebing	Père	H.
Alzheimer	Mère, paral. gén.?	F.
Frölich	Père	H.
Frölich	Père	H.
Streitberger	Père	H.
Muller	Mère	H.
Klineberger	Père	H.
Klineberger	Père	F.
Klineberger	Père	H.
Dees	Mère	F.
Briessand et Gy	Père	F.

A l'hérédité similaire se rattache la question connexe de la paralysie générale juvénile familiale. Nous avons recueilli plusieurs cas de ce genre : Homen, en 1891, a observé 4 frères et sœurs atteints de paralysie générale juvénile débutant aux âges suivants : 20 ans, 12 ans, 18 ans et 20 ans. Sur 11 enfants dont 5 morts de très bonne heure par athrepsie, 4 sont devenus paralytiques généraux sur 6 survivants. Hoch a vu deux sœurs atteintes de paralysie générale juvénile, respectivement à 10 et 11 ans. Jouschenko rapporte le cas d'un frère et d'une sœur chez lesquels la maladie a commencé à 15 ans pour le premier, à 14 ans pour la deuxième; deux frères seraient aliénés. Chez deux frères examinés par von Speyr, la paralysie générale débuta aux âges de 11 et 12 ans.

En résumé, l'étiologie de la paralysie générale juvénile, débarrassée, comme l'ont déjà dit plusieurs auteurs, de certains facteurs existant chez l'adulte (alcoolisme, surmenage, etc.), se réduit surtout à deux grandes causes : hérédité neuro-vésanique et syphilis (Babonneix).

(A suivre.)

Médecine légale

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

SUR LE CAS D'UN VIEILLARD DE QUATRE-VINGT-QUATRE ANS
INCUPLÉ D'ASSASSINAT

PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE — OBSERVATIONS

Par le Dr Calixte ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux.

Je soussigné, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux, commis par ordonnance de M. R. de Comte, juge d'instruction près le tribunal de C..., en date du 12 février 1910, à l'effet, après serment préalable, de me transporter à l'hôpital de C..., et y procéder à l'examen mental du nommé M..., inculpé d'assassinat, établir dans mon rapport si j'estime que M... jouit ou non de la plénitude de ses facultés mentales; dans le premier cas, si l'état physiologique de M... peut justifier de l'acte qu'il a commis. Dans le second cas, quelles sont les causes de l'affaiblissement mental.

M... se trouve-t-il, actuellement, dans un état physique plus faible que celui décrit par M. le Dr A..., médecin légiste, au moment du crime?

L'état de M... semble-t-il lui assigner ou non une assez longue période de vie et la maladie décrite par le Dr A... peut elle être considérée comme une des causes de son acte?

M... peut-il, sans inconvénient pour sa santé, être transféré à C..., chez lui, à la maison M..., pour la reconstitution du crime?

Serment préalablement prêté, après avoir pris connaissance du dossier de l'inculpé, je me suis rendu à l'hôpital et ai procédé immédiatement à son examen.

M... venait d'entrer dans sa quatre-vingt-quatrième année, lorsqu'il a commis l'acte incriminé (assassinat de son gendre), le 25 décembre 1909. Il se plaignait de troubles gastro-intestinaux depuis plus d'un an. Il n'avait pas dormi la nuit qui précéda le crime et n'avait pris aucun aliment depuis la veille, lorsqu'il sortit de sa chambre vers deux heures de l'après-midi. Il entra dans le bureau de P. S..., son gendre, au moment où il savait le trouver seul et lui tira deux coups de revolver. Un des projectiles atteignit P. S... à la cuisse gauche ; l'autre pénétra sous le sein droit et alla se perdre dans l'excavation pelvienne gauche après avoir traversé le poumon droit, le diaphragme, le foie, l'estomac et les côlons transverse et descendant.

Le blessé expira le même jour vers huit heures du soir.

Le meurtrier fut interrogé dans la même soirée. Sa déposition a une telle importance que j'ai cru devoir la reproduire intégralement : « Ce qui est fait est fait et il n'y a pas à y revenir. Cela a été provoqué par le manque d'égard que mon gendre avait envers moi, contrastant avec les égards que j'avais, au contraire, pour lui. Tant que j'ai gardé ce qui m'appartenait, tout a bien marché ; mais, après avoir en la faiblesse de lui vendre mon bien à vil prix, les choses ont bien changé et je n'ai plus rien valu. C'est à peine s'il me regardait et il était plus prévenant avec son chien qu'envers moi. A table, quand nous nous trouvions réunis, il me manifestait de toutes façons que je l'embarrassais à tel point que j'étais obligé de manger seul, et, cependant, je n'étais pas à sa charge : je lui payais une pension de 100 francs par mois et je faisais beaucoup de cadeaux à ses enfants. Non seulement il n'était pas convenable envers moi, mais encore il ne l'était pas envers ma fille, l'insultant grossièrement, ayant des maîtresses ; comme je lui en faisais des reproches, me répondant que cela lui faisait plaisir et qu'un jour il prendrait son baluchon et la planterait là.

« Cette succession d'avaries m'avait monté la tête à

tel point que j'étais résolu à en finir avec mon gendre et que je cherchais une occasion de me trouver avec lui. Cette occasion s'est offerte aujourd'hui et, sachant qu'il se trouvait au bureau, je m'y suis rendu après être allé chercher mon revolver dans ma chambre.

« En entrant au bureau, j'y ai trouvé ma fille avec lui; mais elle est sortie pour aller chercher du bouillon et, dès qu'elle a été partie, sans discussion et sans querelle préalable, j'ai sorti mon revolver et j'en ai déchargé un coup sur mon gendre. Il a prononcé quelques paroles me traitant de lâche et de canaille et, immédiatement ma fille est arrivée, m'a désarmé et m'a ainsi empêché de tourner le revolver contre moi, ainsi que j'en avais l'intention. J'avais si bien la volonté de me tuer que je suis sorti pour aller me noyer, car j'estime qu'ayant commis la faute que je venais de commettre, c'était mon devoir. J'en ai été empêché par le domestique qui m'a rejoint et m'a arrêté dans la rue du port. Je ne regrette pas mon geste; mais, à cause de la famille, je désire cependant que mon gendre guérisse. »

Le deuxième interrogatoire de l'inculpé, du 30 décembre, présente quelques légères divergences avec le premier. M... raconte, en effet, qu'étant excédé par la conduite de son gendre à l'égard de sa fille qu'il invectivait grossièrement, il avait résolu d'aller vivre seul à la campagne et que si les réparations nécessaires avaient été terminées, l'acte « qu'il déplore » ne se serait pas produit. Il serait entré chez son gendre pour lui réclamer une somme qui lui était due; mais celui-ci lui ayant répondu grossièrement et refusé de lui donner satisfaction il lui avait tiré un coup de revolver. Sur la question de préméditation, M... répond : « Je n'avais point prémédité de tirer sur mon gendre et, si je l'ai fait, c'est en raison de mon énervement. »

Il est convaincu de n'avoir tiré qu'une balle.

ETAT PHYSIQUE DE L'INCUPLÉ. — *Commémoratifs.* — M. le Dr M..., médecin ordinaire de M..., interrogé le jour même de l'attentat par la gendarmerie, déclare : « J'ai soigné M. M... pour intoxication gastro-intestinale datant de plus d'un an. Cette affection a entraîné chez ce malade plusieurs crises de délire sénile. »

On savait, en effet, généralement, que M... souffrait,

depuis longtemps, de troubles gastro-intestinaux et, particulièrement, d'une constipation opiniâtre. La connaissance de la santé physique de l'inculpé ayant, à mon avis, une grande importance dans cette expertise, je suis heureux de trouver dans le rapport de M. le D^r A... l'observation quotidienne des symptômes somatiques présentés par l'inculpé du 25 décembre 1909 au 25 janvier 1910. Je lui emprunterai les parties essentielles :

25 décembre. M... est très surexcité, la face est congestionnée, pouls dur, 120 pulsations, pas de selle, diète depuis la veille, insomnie.

Du 26 au 31 décembre. L'excitation est tombée, le faciès est pâle, le pouls faible, régulier, de 90 à 100 pulsations, langue saburrale, digestions laborieuses, éructations souvent violentes, constipation assez opiniâtre, les nuits tantôt calmes, tantôt sans sommeil.

Du 1^{er} au 3 janvier inclus. Mêmes symptômes gastro-intestinaux ; mais le pouls est bigéminé (double dicrotisme), faible et rare, de 44 à 50 pulsations, amaigrissement sensible et diminution notable dans la quantité des urines.

4 janvier. A la visite du matin, le malade se plaint d'une douleur à la nuque, la face est congestionnée, le pouls est plein, 109 pulsations, diarrhée coïncidant avec un appétit excellent.

Dans la journée, M... se trouvait sur une terrasse haute de 4 mètres au-dessus d'une cour et bordée par une balustrade de 1 m. 50 de hauteur. Profitant de l'absence momentanée du gardien, il enjamba la balustrade et se laissa tomber dans le vide. On se mit bientôt après à sa recherche et on le trouva non loin de là, dans un fossé plein d'eau.

Transporté dans son lit, il est resté deux heures sans connaissance, la face congestionnée, le pouls irrégulier, intermittent, 55 pulsations, urines 850 grammes, insomnie. M... a déclaré, plus tard, qu'il avait été pris subitement de douleur à la tête et qu'il avait franchi la balustrade sans se rendre compte de ce qu'il faisait, mais avec l'idée d'en finir avec l'existence.

Du 6 au 16 janvier. Cet événement a eu un fâcheux retentissement sur le cœur, pouls misérable, aryth-

mique, avec quelques intermittences, de 44 pulsations il est passé à 48, ensuite à 56, langue saburrale, constipation, urines rares, insomnie, grande faiblesse.

Du 16 au 25 janvier. Légère amélioration qui va en progressant avec quelques alternatives de hausse et de baisse. Le malade supporte quelques aliments, selles plus faciles, urines plus abondantes, signes d'asystolie, pouls plus fréquent (de 60 à 70 pulsations), mais toujours arythmique, petit, faible, amaigrissement extrême, même faiblesse générale.

Il a été fait deux analyses d'urine. Dans toutes les deux, on a constaté une légère diminution de l'acide urique, 0,35, une diminution très notable de l'urée, 10 gr. 25 et 11 gr. 7 et un excès de phosphates, 2 gr. 75 par litre. Quant à la quantité d'urine excrétée, elle était bien inférieure à la normale. Ces résultats sont la règle dans la mélancolie et la démence.

Examen direct, le 12 février. L'aspect physique de M... est bon, le teint assez coloré, la démarche sûre, il paraît encore alerte, se déshabille et s'habille prestement, pas de tremblements : il écrit quelques lignes devant moi, sa main ne tremble pas, l'écriture est ferme, pas d'embarras de la parole. M... constate, d'ailleurs, que sa santé physique s'est bien améliorée depuis une quinzaine de jours : à un état de maigreur extrême a succédé un léger embonpoint, il est tout heureux de se trouver un peu de chair en se palpant les côtes ; il constate aussi que son estomac fonctionne mieux ; au repas de midi, il peut prendre un peu de nourriture solide qui passe facilement ; le soir, il se contente d'un potage. Il existe de l'arythmie cardiaque, sans bruits anormaux manifestes. Quoique le cœur fonctionne mal, les manifestations extérieures de cette arythmie sont silencieuses, car le malade ne se trouve pas essouffé, pas de dyspnée d'effort, ni d'ascension, 96 pulsations, pouls assez large mais dépressible, avec quelques inégalités et intermittences. Je constate un symptôme grave qui n'a pas encore attiré l'attention, c'est un œdème très prononcé des deux jambes jusqu'au genou ; pas d'œdème pulmonaire, 25 respirations, 36°7, signes d'artério-sclérose, artères un peu dures, flexuosités des temporales, urines assez abondantes, constipation habi-

tuelle, pas de céphalalgie, mais insomnies fréquentes ; quelquefois, des vertiges.

M... m'assure qu'il a été toujours très sobre, qu'il n'usait ni de tabac, ni d'alcool, qu'il avait toujours mené une vie très régulière, se couchant et se levant de bonne heure, ne fréquentant ni cercles, ni cafés, n'aimant que son intérieur et son confortable ; il aurait été toujours absorbé par ses occupations et n'aurait fait que des excès de travail. Il aurait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ces derniers temps ; mais il constate que depuis environ dix-huit mois, c'est-à-dire depuis le début de ses démêlés avec son gendre, sa santé s'est bien altérée : ce sont des troubles gastro-intestinaux qui ont dominé la scène, mauvaises digestions, grande constipation et une insomnie opiniâtre entreconpée de cauchemars ; pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe.

L'INCUPLÉ AU POINT DE VUE MENTAL. — *Commémoratifs.* — Il est de notoriété publique que M... a toujours eu un fâcheux caractère : « Il est entier, coléreux et l'esprit de lucre prime chez lui tout sentiment, il n'a jamais pu vivre avec ses enfants, très exigeant, une chose est frappante chez lui, c'est l'hypertrophie du moi (D^r A...). »

Une personne dont le caractère et le jugement méritent toute estime, qui voyait journellement l'inculpé et qui entretenait avec lui les meilleures relations, me l'a dépeint comme un homme fantasque, original, violent, autoritaire, habitué à commander, il fallait que tout pliât sous sa volonté, très exigeant et ne pensant qu'à lui. Il ajoute que malgré ses défauts de caractère, M... n'était pas d'humeur morose ; mais ce monsieur, comme sa mère, ont bien remarqué que pendant les sept ou huit semaines qui ont précédé le crime, M... avait considérablement maigri, qu'il était devenu triste, concentré en lui-même, qu'il paraissait être sous l'influence d'une vive préoccupation et, pour tout dire, qu'il n'était plus lui-même. Sans s'attendre à ce qui est arrivé, M. X..., comme sa mère, étaient si frappés de ce changement qu'ils ont dit, plusieurs fois, que M... était bien malade ou qu'il ne tarderait pas à faire un éclat.

Quant à P. S..., gendre de M..., tout le monde

convient qu'il était grossier, sans éducation, sans respect pour sa femme qu'il insultait grossièrement même devant les enfants, débauché, vivant beaucoup en dehors de sa famille, le plus souvent mangeant seul et rentrant, la nuit, à des heures indues, mais apte aux affaires et faisant prospérer son commerce. On ne croit pas généralement, qu'il ait voulu blesser son beau-père, l'humilier, mais son genre de vie ne pouvait que lui être désagréable.

M. le D^r A... nous dépeint bien dans son rapport la situation respective de M... et de son gendre : M..., c'est lui qui parle, est parti de rien. Il a pu, par sa ténacité et son ardeur aux affaires, constituer une petite fortune qui lui a permis de s'allier à une famille des plus honorables du pays. Il s'est fait lui-même et il en est fier. C'est lui qui marie sa fille à P. S..., et, dans son esprit, c'est lui qui fait la situation de son gendre. Il le domine même et, pendant quelque temps, règne une véritable cordialité. Mais un beau jour, changement de tableau : le gendre qui payait autrefois des lunettes d'or à son beau-père ne fait plus attention à lui ou, du moins, M... le croit, car ici se place un épisode qui change complètement la manière de voir de M...

Par suite de circonstances spéciales, M... est obligé de vendre à son gendre sa maison et sa campagne et lui, qui se sentait tout, malgré les déférences qu'on ne cesse de lui témoigner, il voit qu'il n'est plus rien : Ce n'est plus lui le maître ; on ne fait plus attention à lui.

Examen direct du 12 février. L'inculpé a une physionomie intelligente, son regard est vif. Pendant une visite qui n'a pas duré moins de deux heures et demie, je n'ai pas remarqué chez lui la moindre fatigue intellectuelle, la moindre défaillance de la mémoire, soit des faits anciens, soit des faits récents. Ce qui m'a surtout frappé chez lui, c'est un sentiment d'orgueil, de satisfaction personnelle : il s'est fait lui-même et s'est assez élevé pour s'allier à une des meilleures familles du pays ; il fait étalage de ses alliances, de ses relations, il énumère avec complaisance les personnages en vue, soit par leur fortune, soit par leur haute situation ou leur mérite. qui avaient avec lui les meilleures relations

(ce qui, paraît-il, est bien vrai), la situation avantageuse, la beauté de sa maison, son genre de vie qui est celui des gens d'autrefois, les agréments de son home, etc. A propos d'une simple question soulevée, en apparence, incidemment, sur ses relations avec son gendre, il ne se fait pas prier pour me dire ce qu'il a sur le cœur : c'était un homme grossier, débauché, et abusant de l'absinthe, etc. Après interpellation il reconnaît, toutefois, que son gendre s'entendait comme lui aux affaires, qu'il faisait prospérer son commerce ; mais, comme s'il regrettait cette affirmation, il ajoute aussitôt qu'à cela il n'avait pas grand mérite, qu'il l'avait formé, mis au courant des affaires, qu'il lui avait fait sa situation ; et il revient sur ses vices, sur son manque d'éducation : « le fils d'un chiffonnier ! » Il avait bien su, ajoute-t-il, capter sa confiance, le brouiller avec ses autres enfants ; mais la scène changea lorsque P. S... fut en mesure de se passer de lui ; il ne le regardait plus, n'avait pour lui aucun égard et ne cherchait qu'à l'humilier.

M... ne comprend pas qu'il ait pu arriver à un tel degré d'excitation, d'exaspération, de n'être plus maître de ses actes. Il ne cherche pas à se disculper, il se rend bien compte de la gravité de son acte et il a parfaitement conscience de sa responsabilité.

Pendant cette longue conversation, j'ai constaté chez l'inculpé une lucidité parfaite ; ses idées sont bien coordonnées, il s'exprime clairement et ne rabâche pas, sa mémoire est sûre. Pour me résumer, je n'ai constaté chez lui rien qui dénote un état démentiel et, en particulier, les symptômes de la démence sénile. J'ajouterai que son caractère ne m'a pas paru modifié.

DISCUSSION. — Comment expliquer le crime commis par M... ?

L'examen superficiel de son caractère et des circonstances qui ont précédé cet acte porte naturellement à l'attribuer à l'effet d'une colère concentrée, de la vengeance : ce serait un acte criminel. Mais l'étude attentive de son état mental et, surtout, de son état physique indique bien qu'il s'agit d'un acte pathologique dû à une auto-intoxication gastro-intestinale et à

une affection du cœur sur un sujet qui, très probablement, était prédisposé.

Je m'occuperai, d'abord, des troubles gastro-intestinaux. Nous avons vu que M... était sujet, depuis plus d'un an, à des désordres consistant, paraît-il, en des accès de flatulence stomacale avec phénomènes d'éruption et d'acrophagie provoquant de l'amaigrissement et des insomnies très pénibles. M. le D^r M..., qui me donne ces détails, convient que l'expression de « délire sénile » qui se trouve dans son premier témoignage, dépasse un peu sa pensée.

Or, il est admis depuis Ch. Bouchard, que les dyspepsies, la dilatation de l'estomac, la coprostase favorisent la formation de poisons organiques (ptomaines), d'où une auto-intoxication qui se traduit habituellement par une grande tristesse, de l'irritabilité, des préoccupations hypocondriaques, de la méfiance, des idées de persécution, des obsessions et, même, de la tendance au suicide (mélancolie dépressive). On sait, du reste, que la mélancolie a été longtemps considérée comme d'origine exclusivement intestinale. Dans le cas qui nous occupe, l'affection gastro-intestinale a pu jouer le rôle de cause occasionnelle, s'il existe une prédisposition vésanique (1); mais elle a pu, à elle seule, créer de toutes pièces les troubles psychiques.

Il y a encore à noter chez l'inculpé des désordres graves de la circulation qui sont fréquemment suivis de troubles psychiques. C'est, d'abord, l'artério-sclérose dont il présente des signes physiques manifestes. C'est, ensuite, une affection cardiaque (insuffisance mitrale) qui, dans ces derniers temps, a pris un caractère de grande gravité, l'asystolie, avec tout son cortège. La chute de M... dans un fossé plein d'eau pendant son séjour à l'hôpital a, certainement, exaspéré cette affection cardiaque; mais elle ne l'a pas créée, car elle existait auparavant, M. le D^r A... l'avait constatée avant l'accident et M. le D^r M... avant le crime.

Or, la réaction du cœur sur la fonction cérébrale est

(1) Je ne suis pas fixé à ce sujet, les uns affirmant que M... aurait eu un frère aliéné, d'autres affirmant le contraire.

indéniable, qu'elle prodnise des congestions cérébrales (affections aortiques) ou de l'anémie cérébrale (affections mitrales). Dans l'insuffisance mitrale (c'est le cas de M...); la psychose cardiaque affecte surtout la forme mélancolique : « la tendance au suicide, déjà signalée par Corvisart, est fréquente chez ces malades; ils ont également une propension marquée aux impulsions et aux actes morbides, surtout, à l'emportement et à la violence ». (Régis. *Précis de psychiatrie.*)

Comment M... avec son caractère violent (peut-être aussi avec ses tares vésaniques), aurait-il pu échapper à l'action de ces causes réunies? Les contrariétés qu'il a pu éprouver n'ont agi chez lui qu'à titre de cause occasionnelle, provocatrice.

M. le Dr A... a cru devoir classer l'état mental de M... dans la catégorie « démence sénile ». Je regrette de n'être pas, sur ce point, de l'avis de mon excellent confrère. J'ai déjà dit pour quelles raisons je ne considérais pas M... comme un dément sénile. Je n'y reviendrai pas.

Je sais bien qu'à l'âge de l'inculpé, la démence sénile est la règle, la psychose, l'exception. Et cependant, c'est à cette dernière opinion que je m'arrête. Mon opinion ferme est que M... se trouvait, au moment de l'acte incriminé, sous l'influence d'une forme de maladie mentale dénommée folie instinctive ou impulsive, folie des actes, folie avec conscience, parce que le sujet est poussé par un instinct aveugle, un mouvement irrésistible qui l'entraîne à commettre un acte de violence, homicide, suicide, un vol, un incendie, etc., tout en ayant conscience de l'acte (1).

On est revenu de cette opinion si répandue de la coexistence de la démence sénile avec un âge avancé. Beaucoup de vieillards, malgré la diminution de la vivacité de leurs souvenirs et de leurs impressions, conservent l'énergie de leurs facultés et on observe dans la vieillesse les principales formes de psychoses qu'on rencontre dans l'âge adulte; notamment la folie instinctive.

(1) Ne pas oublier que je m'adresse à des magistrats et non à des aliénistes.

Le cas de M... est, à mon avis, un exemple frappant de cette dernière forme mentale. J'ai déjà mentionné la profonde tristesse qui s'était emparée de lui pendant les sept ou huit semaines qui ont précédé l'attentat : c'étaient les prodromes de l'accès, la lutte contre l'idée obsédante, l'angoisse concomitante : « il n'était plus lui-même », a dit un témoin, c'est-à-dire qu'il n'était plus dans son état physiologique.

D'ailleurs, quoiqu'il n'y ait pas attaché l'importance qu'ils méritent, notre confrère a bien su noter, dans son rapport, la plupart des symptômes de la folie instinctive tels que l'impulsion irrésistible, la lutte contre l'obsession, la satisfaction consécutive, dans les passages suivants :

« Il (M...) n'exerce pas une vengeance, il n'analyse pas les conséquences de son acte, il obéit à une impulsion devenue irrésistible ; »

« Il (M...) sent bien, à un moment donné, qu'il ne sera plus maître de son impulsion, car il manifeste l'intention d'aller habiter sa campagne et l'a fait aménager à cet effet. »

« Si on appelle son attention sur l'acte qu'il a commis, il n'exprime aucun regret, c'est plutôt l'expression d'un soulagement. »

Il est reconnu, en effet, que la non-satisfaction de l'acte s'accompagne d'une souffrance morale insupportable et que la satisfaction est suivie d'une détente, d'un véritablement soulagement.

Comme il arrive le plus souvent dans ces cas, cette obsession n'était pas la seule, car M... était encore obsédé par la préoccupation incessante de sa santé : « Il exige de sa fille, déjà bien fatiguée, qu'elle vienne pendant la nuit l'éclairer de ses conseils pour un lavement ou un bouillon (Rapport A...). »

Il nous paraît donc bien évident que M... a présenté tous les symptômes de la folie instinctive, « si bien décrits par Magnan et groupés par lui dans le tableau ci-dessous aussi concis que complet : *a*) obsession, impulsion, irrésistibilité ; *b*) conscience complète de l'acte, angoisse concomitante ; *c*) satisfaction consécutive » (Cullerre).

CONCLUSIONS. — 1° M... ne jouissait pas de la pléni-

tude de ses facultés mentales lorsqu'il a commis l'acte incriminé. Il en est irresponsable ;

2° Il m'a paru être dans un état physique plus faible que celui décrit par M. le D^r A... au moment du crime ;

3° L'état de M..., surtout son affection cardiaque, ne permet pas de lui assigner une période de vie un peu longue ; ceci, abstraction faite de son âge avancé ;

Les maladies dont il est atteint (affection gastro-intestinale et cardiopathie) doivent être considérées comme la cause principale de son acte, s'il n'existe pas chez lui une tare héréditaire au point de vue mental ;

4° La maladie du cœur est arrivée chez M... à un degré de gravité tel qu'une émotion un peu vive, comme son transfert à la maison S. P. pour la reconstitution du crime, pourrait lui être funeste.

Fait à Limoux, le 3 mars 1910.

D^r R. C.

J'ai appris que M... a été transféré à la maison de santé de M. le D^r Parant, à Toulouse.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs titres : d'abord, par l'âge du sujet, sa position sociale, ensuite, par la rareté de cette forme de psychose chez les vieillards et, surtout, à la suite d'auto-intoxication.

Elle m'a paru encore comporter quelques considérations qui ne pouvaient trouver place dans un rapport.

Mais avant d'aller plus loin, je tiens à reconnaître que les documents relatifs aux auto-intoxications ont été tirés du mémoire de M. le professeur Régis (*Auto-intoxications et délires*, 1898) et de son *Précis de psychiatrie*, et que tout ce qui est relatif aux psychoses de la vieillesse a été emprunté au rapport de M. le D^r Ant. Ritti au Congrès de Bordeaux en 1895.

Je me propose donc, à propos du cas de M..., de faire quelques réflexions sur la folie instinctive homicide et,

ensuite, de relater quelques observations de psychoses de la vieillesse.

Les actes criminels les plus nombreux chez les vieillards ont trait, surtout, à des attentats aux mœurs de toute sorte; ils fournissent, notamment, un très fort contingent d'exhibitionnistes. Mais il est reconnu que, généralement, ces aberrations du sens génital sont l'effet de l'affaiblissement sénile de l'intelligence.

La manie n'est pas rare chez les vieillards; elle est, comme chez l'adulte, une des formes les plus curables. Je rapporte plus loin un cas de complète guérison. Mais, parmi les psychoses de la vieillesse, la mélancolie est celle qui s'observe le plus fréquemment. Une de ces formes, le suicide, est très commune. La folie instinctive est bien plus rare, et la plus rare de ses formes est l'impulsion homicide (cas de M...).

Dans la folie instinctive homicide (ancienne monomanie homicide), il me semble qu'on peut distinguer deux groupes. Le premier groupe comprendrait des cas que j'appellerai typiques, ceux dans lesquels on ne peut découvrir la trace d'un mobile quelconque, pour si futile qu'il soit, les malades s'adressant même, parfois, aux êtres qui leur sont les plus chers. Je me contenterai de citer le cas de cette domestique qui quitta la famille de Humboldt parce que toutes les fois qu'elle déshabillait l'enfant, elle éprouvait le désir presque irrésistible de l'éventrer; celui de cette femme venant consulter Georget pour un état mental qui la mettait au désespoir: l'idée d'immoler ses quatre enfants, qu'elle adorait, alors qu'elle n'avait pas de mauvaises idées contre les autres enfants.

Je comprendrai dans ce groupe le cas célèbre d'Henriette Cornier (1825), qui trancha la tête d'un enfant qui lui était étranger. Grâce au rapport de Marc, la peine capitale lui fut épargnée; mais elle fut condamnée

aux travaux forcés à perpétuité. Aujourd'hui, le rapport de Marc aurait fait acquitter cette femme si elle n'eût été l'objet d'une ordonnance de non-lieu.

Plusieurs années après, dans son livre qui parut en 1840, ce savant médecin légiste ne pouvait encore s'empêcher de récriminer au sujet des préventions des magistrats français « contre la doctrine de la monomanie homicide qui, déjà, plus de trente ans avant la fin du siècle dernier (XVIII^e), était acceptée par les tribunaux allemands ».

Il est assez curieux de voir, trente ans après que ces lignes ont été écrites (en 1872), un autre médecin légiste célèbre, Tardieu, se plaindre « de la résistance qu'opposent les magistrats, en général, à la compétence et à l'autorité du médecin dans la détermination de la santé ou de l'insanité d'esprit ».

Mais ce qui est le plus essentiel pour nous à retenir de ces discussions, c'est l'explication et ce sont les utiles conseils que Marc, comme Tardieu, s'accordent à donner à leurs confrères moins expérimentés : Ce sont, disent-ils, les médecins qui, dans une certaine mesure, ont contribué à créer la méfiance chez les magistrats de cette époque. Voir des monomaniaques partout, dit Marc, c'est arriver à ce qu'on n'en voie nulle part ; et Tardieu adjurait les médecins de n'apporter devant la justice, dans les questions de folie, que des opinions solidement établies sur les faits et non des doctrines sujettes à controverse.

Je ne puis m'empêcher de rapprocher du cas d'Henriette Cornier celui plus récent et non moins célèbre de Jeanne Weber, « l'ogresse ». Tout ce que je sais de cette affaire me porte à considérer ses actes comme le résultat d'une impulsion irrésistible, soit sous la forme de sadisme, soit, plutôt, sous celle de monomanie homicide.

Dans le deuxième groupe, je placerai les cas où l'on

trouve l'apparence d'un mobile. C'est le cas de M... Chez lui, le mobile apparent serait la blessure de son amour-propre et, par suite, la haine, la vengeance. C'est pour moi un semblant de mobile, car un vieillard de quatre-vingt-quatre ans qui ne manquait ni d'intelligence ni de jugement, pouvait bien comprendre qu'à son âge la retraite s'imposait; et, en considérant son passé, une longue existence honorable, on s'aperçoit bientôt que les passions sus-indiquées ne pouvaient, à elles seules, expliquer un pareil acte. Comme le dit Marc, lorsque chez le monomane une passion comme l'esprit de vengeance, l'envie, la jalousie ou toute autre provoquent en lui une détermination funeste, celle-ci est par sa gravité hors de rapport et de proportion avec la futilité ou l'extravagance des motifs qui l'ont décidée.

C'était bien le cas chez M... Je l'ai déjà dit : il existait, peut-être, chez lui une prédisposition héréditaire, mais, certainement, une prédisposition acquise.

C'est à cette prédisposition qu'il faut attribuer le rôle principal dans l'acte commis, la passion n'ayant agi que comme cause occasionnelle, provocatrice.

Il n'est guère possible, disent encore Magnan et Sérieux, d'admettre le développement d'une psychose pure sans un terrain préparé à la recevoir. N'est-il pas évident, par exemple, que les causes banales, comme les chagrins, les chocs affectifs s'accompagnant de dépression morale, seraient bien impuissants à créer la mélancolie sans un terrain propice? S'il en était autrement, cette psychonévrose serait d'une fréquence extrême.

PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE. OBSERVATIONS. — Sur les 1.110 aliénés présents à l'asile de Limoux pendant l'année 1909 je compte, seulement, sept cas de psychose

survenue chez des vieillards (plus de soixante ans), jusque-là indemnes de tout trouble mental (1). Je relate ci-dessous l'observation un peu succincte de ces cas pour servir à l'histoire des psychoses de la vieillesse.

OBS. I. — *Manie aiguë*. — E... (Joseph), né en 1839. Entré une première fois à l'asile le 22 mars 1906.

Ancien bouchonnier, habitudes alcooliques. A l'hospice Saint-Jean, à Perpignan, violent accès de manie ; il hurlait, proférait des menaces de mort contre les anarchistes, se jeta tout habillé dans une cuve pleine d'eau chaude. A son arrivée à l'asile, il était calme et d'apparence lucide. Cet état satisfaisant a duré jusqu'au jour de sa sortie, le 22 décembre 1906.

En 1907, nouvel accès : cette fois, il est hanté par l'idée fixe de mettre le feu, a incendié un bois, un four à chaux ; il est devenu très irascible et mégalomane : « Il est la lumière, il est le Christ. » Rentré à l'asile le 11 juin 1907. Calme, mais très déprimé et très amaigri, couvert de fortes contusions suite des coups que lui asséna le propriétaire du bois incendié ; il tient, parfois, des propos incohérents.

L'agitation n'a pas reparu. E... ne s'est livré à aucun acte déraisonnable, n'a manifesté aucune idée délirante, mais ses facultés mentales paraissent un peu diminuées.

OBS. II. — *Manie intermittente*. — D... (Rose), fille de la Charité de Saint-Vincent-de-Paul, née le 4 août 1839. Entrée à l'asile de Limoux le 1^{er} février 1907. Antécédents héréditaires inconnus.

Le premier accès de folie s'est déclaré en 1906. La malade fut internée alors dans la Maison de santé du D^r Carrier à Lyon ; elle n'y séjourna que six semaines.

A son arrivée à l'asile de Limoux, elle était sous l'influence d'une très vive agitation maniaque, criant, chantant, loquace, incohérente et sans cesse en mouvement.

Depuis lors, cette agitation s'est reproduite à des intervalles assez réguliers ; elle dure, généralement, quatre ou cinq mois, après quoi la malade reste à peu près le même temps dans un état de calme et de lucidité à peu près complète. Actuellement, elle est dans la période de calme.

(1) Ai-je besoin d'observer que j'ai éliminé avec soin tous les cas de démence sénile ?

Obs. III. — *Paralysie générale.* — D... (Antoine), né le 12 juin 1844. Entré à l'asile le 7 février 1908.

La maladie mentale a débuté fin 1907 par des idées de persécution (crainte d'empoisonnement) avec mégalomanie et grande excitation. A son arrivée à l'asile, signes physiques de paralysie générale. Vive agitation. Accès de fureur. Délire incohérent avec prédominance d'idées de grandeur (il est ministre de la Guerre). A succombé le 27 février 1910 à la suite de paralysie générale.

Obs. IV. — *Mélancolie avec tendance au suicide.* — B... (Laurent), cultivateur, né en 1826. Entré le 9 février 1909. Pas d'hérédité vésanique; pas d'excès alcooliques. D'après son médecin, pas de maladies antérieures, mais constipation avec alimentation surabondante d'où intoxication; légèrement prostatique. La maladie mentale, qui a débuté en 1907, a été causée par la maladie de sa femme à laquelle il a donné des soins très assidus et qui est morte. Aussitôt après, il est devenu taciturne, cherchant l'isolement et désirant vivement la mort. Il a fallu une surveillance incessante pour l'empêcher de se tuer. C'est un grand vieillard d'aspect robuste, triste mais pas taciturne. Interpellé à ce sujet dès son arrivée, il nous raconte qu'il a cherché à se détruire parce qu'il était à charge à ses enfants dont il n'a pas à se plaindre, qui le soignaient bien et pour lesquels il n'a pensé qu'à travailler toute sa vie.

A l'asile, ce malade s'est toujours montré calme et ne s'est livré à aucune tentative de suicide. Plus tard, il a eu bien conscience de son état antérieur et nous a assuré qu'il était complètement débarrassé de ses anciennes idées de suicide.

Pendant quelque temps il a manifesté le désir de rentrer dans sa famille pour y mourir et être inhumé à côté de sa femme. A ce sujet, il a même accusé ses enfants d'ingratitude. C'est un désir que j'étais porté à satisfaire; mais ses enfants ne s'y sont pas prêtés par la crainte de nouvelles tentatives de suicide, étant dans l'impossibilité, disent-ils, de le surveiller. Actuellement, les idées tristes sont revenues; il désire mourir.

Obs. V. — *Mélancolie avec impulsions au suicide.* — I... (Jeanne-Marie), veuve S..., née le 15 février 1845. Entrée à l'asile le 1^{er} juin 1909.

A été prise dans le courant de l'année 1909 de mélancolie; s'est livrée chez elle à deux tentatives de suicide, une fois en s'asphyxiant par le charbon, une autre fois en se précipitant du haut d'un escarpement. Antécédents héréditaires inconnus.

A son arrivée, elle avait la face couverte d'ecchymoses à la suite de chutes volontaires. Pendant toute la durée de son séjour à l'asile elle a été triste et toujours hantée par ses idées de suicide; a toujours mangé sans difficulté, mais doit être constamment surveillée.

OBS. VI. — *Manie aiguë. Guérison.* — P... (Paul), né le 18 août 1844. Entré le 11 septembre 1909.

Cordonnier pour son compte. Caractère doux; vie calme; laborieux, ouvrier intelligent, gérant bien ses intérêts. On ne lui connaît pas des antécédents héréditaires vésaniques.

Le 5 septembre 1909, il est pris, sans motif apparent, d'un délire très violent: il chantait à tue-tête, tenait les propos les plus incohérents, cherchait à mordre, à donner des coups de pied, se mettait tout nu après avoir déchiré ses vêtements et refusait toute alimentation. On fut obligé de l'attacher. Dès son arrivée à l'asile, mêmes symptômes d'agitation maniaque: il crie, chante, fait des grimaces, se livre à toute sorte de contorsions, mais accepte facilement la nourriture; phlegmon de la jambe provoqué par les liens qui avaient servi à l'attacher, fièvre intense.

Trois semaines après son arrivée, le calme et la lucidité repa-raissent pour ne plus le quitter; seulement, il est resté longtemps très affaibli. A partir de novembre, il a pu travailler à l'atelier de la cordonnerie ayant la plénitude de ses facultés mentales. Sorti guéri le 13 février 1910. J'ai appris récemment que la guérison se maintient.

OBS. VII. — *Mélancolie avec impulsions à l'homicide.* — M. R... (Isidore), né le 21 février 1838. Entré à l'asile le 9 novembre 1909.

Capitaine au long cours, pourvu depuis peu d'années d'un poste sédentaire au port de Marseille. Pas d'antécédents héréditaires connus au point de vue mental; pas d'habitudes alcooliques; ne fume pas; a eu les fièvres du Sénégal et est atteint depuis plusieurs années d'une dyspepsie qui ne l'avait pas empêché de faire son service en mer. Il faisait, chaque année, une cure au Boulon où il était heureux de se rencontrer avec plusieurs amis; n'avait jamais eu le moindre trouble mental jusqu'au mois d'août 1908.

A cette époque, il prit son congé habituel et vint au Boulon. Mais là, on s'aperçut que son caractère avait totalement changé: il fuyait toute société et se levait dans la nuit en criant qu'il allait mourir, demandait à être administré, etc. Ses accès de

mélancolie continuant, il donna sa démission et vint habiter Gruissan, son pays natal. C'est là qu'en octobre 1908, à quinze jours d'intervalle et sans motif, il se livra sur la personne de sa femme, à deux tentatives sérieuses d'homicide qui ne manquèrent leur effet que par des circonstances indépendantes de sa volonté. Dans ses moments de lucidité, il regrettait sa conduite envers sa femme à qui il n'a rien à reprocher et il l'explique en disant qu'il obéissait à une impulsion à laquelle il lui était impossible de résister.

La famille de M. R... l'a gardé encore un an parce qu'il était dans un tel état de faiblesse qu'on craignait qu'il ne pût supporter le voyage, mais elle a été obligée de le surveiller sans cesse et, souvent même, de l'attacher au lit. Cependant son fils étant obligé de reprendre la mer, la famille s'est décidée à le placer à l'asile où il est arrivé le 9 novembre 1909.

A ce moment, il était extrêmement amaigri et si faible qu'il ne pouvait se tenir sur ses jambes. Il est vrai que ce n'était qu'à grand'peine qu'on parvenait à lui faire avaler une très petite quantité de lait.

Malgré sa faiblesse, M. R... paraît avoir conservé son intelligence, sa mémoire; son jugement paraît sain, sauf en ce qui concerne sa santé physique, car il se considère toujours comme incurable. Actuellement, après avoir usé à son égard d'autorité avec ménagement pour lui faire accepter les aliments, il en est arrivé à se nourrir presque comme tout le monde, ses forces sont revenues et la marche est aussi ferme qu'elle peut l'être, à son âge.

Malheureusement, M. R... est toujours sous l'influence de la même obsession hypochondriaque qui a considérablement affaibli sa volonté. C'est une indécision continuelle pour tous ses actes. Par exemple, il part avec les autres malades pour la promenade; mais, une fois dehors, il revient sur ses pas et il n'est pas plus tôt rentré qu'il demande à sortir de nouveau et se désole de n'être pas écouté.

Revue critique.

LES FUGUES ET LE VAGABONDAGE

Par le Dr Lucien LAGRIFFE

Médecin des asiles d'aliénés.

Les diverses fonctions du cerveau, fonction psychique, fonction motrice, fonction sensitive, ne peuvent pas être envisagées isolément; elles sont synergiques et la psychologie n'est qu'un chapitre de la physiologie cérébrale. Il en résulte que les troubles de ces différentes fonctions, troubles psychiques, troubles moteurs, troubles sensitifs et trophiques, réagissent de même les uns sur les autres et forment presque toujours de véritables associations. Ceci est surtout vrai pour les maladies qui tirent leur origine d'un développement insuffisant ou anormal des centres nerveux, comme les chorées, la maladie des tics, le tabes, la maladie de Friedreich, la syringomyélie, etc. Aussi M. Joffroy a-t-il constitué ces maladies dans lesquelles s'allient les troubles moteurs et les troubles mentaux, auxquels nous ajouterons les troubles sensitifs et trophiques, en un groupe naturel, le groupe des maladies musculo-psychiques d'origine conceptionnelle ou héréditaire, les *myopsychies*.

Or, il est incontestable que « *Fugues et vagabondage* », auxquels MM. Joffroy et Dupony viennent de consacrer une importante monographie (1), empruntent à cette notion des rapports des fonctions intellectuelles et motrices une base infiniment plus solide que celles sur

(1) A. Joffroy et Dupony. *Fugues et vagabondage, études clinique et psychologique*; préface de M. le Dr Deny. Paris, Alcan, 1909.

lesquelles on a cherché jusqu'ici à appuyer l'étude de ces manifestations. Qu'est-ce donc en effet que le vagabondage, et qu'est-ce que la fugue?

Le nombre de définitions proposées jusqu'à ce jour est imposant. La meilleure et la plus généralement adoptée pour le vagabondage est celle de Baillénl qui en fait l'action « d'un homme qui erre à l'aventure, sans avoir une habitation pour y trouver un abri quotidien ». Cependant MM. Joffroy et Dupony, sans la rejeter absolument, lui reprochent avec quelque raison de ne pouvoir englober ni le vagabondage du dément, ni celui de l'amnésique, et ils proposent à leur tour de regarder le vagabondage comme « *le fait d'errer sans vouloir ou pouvoir revenir à un domicile fixe* ». M. Victor Parant, qui vient de présenter au Congrès de Nantes un rapport sur « *Les fugues en psychiatrie* » et qui complète heureusement la monographie de MM. Joffroy et Dupony, se rallie pour son compte à la définition de Baillénl ; il estime en effet que celle de MM. Joffroy et Dupony n'indique pas le caractère essentiel d'habitude et de permanence du vagabondage. Mais cette permanence et cette habitude sont-elles des caractères nécessaires du vagabondage morbide, comme elles le sont du vagabondage juridique? Certes, le vagabondage juridique, qui n'est souvent pas du vagabondage, n'a rien à faire ici ; mais on peut justement reconnaître, à la définition de MM. Joffroy et Dupony, le mérite de pouvoir réunir tous les cas ; en effet, *sans vouloir* englobe aussi bien le vagabond que vise le code que le paranoïaque, de même que *sans pouvoir* permet de faire rentrer dans la définition non seulement le vagabond par raisons économiques, mais encore le vagabond dément et amnésique.

Il est évident que si l'on voulait discuter à fond, non seulement cette définition de MM. Joffroy et Dupony, mais toutes celles qui ont été proposées, on arriverait à ce résultat que seuls ceux qui ne peuvent pas revenir à un domicile fixe pourraient rentrer dans le cadre du vagabondage pur, en raisonnant ainsi : celui qui ne veut pas a des raisons pour ne pas vouloir, donc il fuit et est un fugueur. De telle sorte qu'on en arriverait à ne considérer comme vagabonds que ceux qui n'ont pas les

moyens d'avoir un domicile et ceux dont la désintégration est telle qu'ils sont devenus incapables de pouvoir : les idiots, les éléments et quelques confus. En réalité, une trop grande rigueur rendrait toute définition parfaite du vagabondage impossible parce que définir c'est limiter et que rien n'est plus vague que le vagabondage : il y a des cas limites où il serait difficile de le distinguer de la fugue, comme celui de ce malade dont nous avons publié l'observation avec M. Rémond (1) et qui, dédaignant sa chambre, préférerait coucher sur les bancs et passait ses journées à marcher ; il y a aussi des cas dans lesquels la fugue se termine par du vagabondage et où il est évidemment difficile de préciser le moment où la fugue prend fin. Le malade auquel nous venons de faire allusion n'avait ainsi vagabondé qu'après une fugue ; or il était incontestable que les deux ordres de phénomène reconnaissaient une même cause. Le meilleur moyen de limiter un peu le cadre du vagabondage serait de chercher une définition précise et indiscutable de la fugue, qui permettrait de diagnostiquer le vagabondage par élimination : tout ce qui n'est pas de la fugue ne pouvant être que du vagabondage.

MM. Joffroy et Dupouy considèrent la fugue comme « *l'abandon impulsif du domicile* », à quoi l'on devrait ajouter *ou de la résidence*, car le mot domicile a un sens beaucoup trop précis. Le qualificatif impulsif dont on a fait grief à cette définition est au contraire particulièrement bien choisi, car il indique le caractère morbide de la fugue et la cause qui lui donne ce cachet morbide : l'altération de la volonté. Cette définition est de tous points préférables à celle de M. Victor Parant : « tout acte de marche ou de voyage accompli par accès et déterminé par un trouble mental », et qui, dans sa première partie tout au moins, pourrait aussi bien s'appliquer au vagabondage.

Ces manifestations motrices s'observent assez fréquemment à l'état normal chez les enfants ; mais, lorsqu'elles se produisent chez le vieillard, il est difficile,

(1) Rémond et Lagriffe. Délire de persécution à base de fausse interprétation et délire alcoolique. *Arch. de neuro.*, septembre 1906, p. 176.

même en dehors de tout symptôme de démence confirmée, de ne pas les considérer comme pathologiques; néanmoins, comme la fugue et le vagabondage constituent parfois chez les personnes âgées la manifestation unique d'une désagrégation psychologique commençante, on peut à la rigueur les regarder comme causés par les progrès de l'âge.

Il en résulte qu'en dehors de tout état mental, les fugues et le vagabondage s'observent chez des êtres dont les fonctions intellectuelles sont insuffisantes soit par suite de l'absence de maturité, soit par suite des progrès de l'âge; il n'est donc pas illogique de chercher dans l'étude de l'évolution et de l'involution psychomotrices l'explication psycho-physiologique de ces deux ordres de phénomènes.

Le mouvement, l'un des attributs essentiels des êtres vivants, avant que de pouvoir acquérir tous les caractères qui pourront faire de lui un acte volontaire, passe par toute une série d'intermédiaires dont la complexité croît au fur et à mesure que croissent ses motifs. C'est ainsi que les mouvements, ou tout au moins certains mouvements sont successivement impulsifs, réflexes, instinctifs et enfin représentatifs. Ces derniers mouvements, mouvements représentatifs, conservent néanmoins pendant un assez long temps les caractères des mouvements réflexes : ils éclatent, pour ainsi dire, dès l'apparition de l'idée qui leur donne naissance; parce que les motifs qui pourraient s'opposer à leur achèvement n'existent pas ou n'ont pas eu le temps de se présenter, ou de se présenter clairement à la conscience; c'est ce qu'on exprime en disant que le pouvoir d'inhibition volontaire fait défaut et ne peut opposer un frein à la force motrice des idées : ceci est une des caractéristiques de l'enfance. Le jour où l'enfant est capable d'évoquer tous les motifs ou du moins le plus grand nombre des motifs d'agir ou de ne pas agir, il peut apprécier, juger et par conséquent vouloir. Mais la volonté ne présente pas immédiatement tous les caractères qui marquent son summum de perfectionnement chez l'adulte; bornée tout d'abord aux nécessités de la vie végétative, elle s'affine peu à peu, grâce aux acquisitions nouvelles, à l'expérience; conditionnée à l'origine

par des motifs presque exclusivement héréditaires, elle se perfectionne ensuite par l'adjonction de motifs acquis, imposés par l'habitude. C'est ainsi qu'après avoir simplement et impérieusement *voulu*, l'enfant *désire* parce qu'il a appris à faire un choix dans ce qu'il veut. Plus tard une expérience plus longuement prolongée perfectionnera son choix et après n'avoir désiré que ce qui était immédiatement bon, il recherchera ce qui, étant immédiatement bon, est aussi médiatement utile. La volonté s'accroît donc d'éléments nouveaux pendant toute la période des acquisitions et devient un jour d'autant plus forte que les éléments qui constituent cette personnalité sont plus nombreux et plus stables; tout ce qui est de nature à les modifier détermine corrélativement des modifications de la volonté : c'est ce qui explique le rôle parfois fortement inhibiteur des émotions.

Quoi qu'il en soit, la volonté elle-même est soit agissante, soit réfrénante, c'est-à-dire qu'elle provoque les actes ou les empêche. Le mouvement, en effet, reste toujours en lui-même réflexe, automatique, la volonté n'est là que pour le diriger, le modérer, le retarder ou l'empêcher, en résumé, pour le contrôler; de telle sorte que *le mouvement volontaire n'est qu'un mouvement contrôlé*. Ce contrôle n'est parfait que lorsque les éléments qui constituent le moi sont en harmonie, convergent vers un point unique et tendent par conséquent à l'unité.

Chez le vieillard comme chez les individus dont les facultés baissent, la personnalité se désagrège peu à peu d'abord parce qu'elle ne s'accroît plus d'éléments nouveaux, ensuite parce qu'elle perd ceux qui l'avaient constituée autrefois et qui restaient fixés dans la mémoire. Tout le monde connaît aujourd'hui la loi de Ribot et sait que ce sont les acquisitions les plus récentes, c'est-à-dire les moins anciennement et par suite les moins solidement fixées, qui disparaissent les premières. Comme la volonté est conditionnée, ainsi que nous l'avons vu, par la mémoire, il est évident qu'elle doit obéir aux mêmes lois. Il en résulte que les mouvements du vieillard et du dément sont de moins en moins bien contrôlés, dirigés; comme les enfants,

les vieillards et les déments sont mal armés pour résister à leurs désirs et le pouvoir inhibiteur, chez eux de plus en plus affaibli, devient désormais peu capable de s'opposer aux mouvements impulsifs et réflexes.

Ce qui se passe chez l'enfant, ce qui se passe chez le dément et chez le sénile survient aussi chez les individus atteints de délire. Le délire, qu'il soit occasionné par une altération nettement matérielle des centres supérieurs, ou qu'il soit occasionné par un état émotionnel ou affectif, détermine une modification plus ou moins profonde de la personnalité, du moi ; il peut, en masquant ou en inhibant même provisoirement tous les éléments acquis dont se compose la personnalité, supprimer le pouvoir de contrôle, permettre par conséquent aux mouvements désormais non dirigés de récupérer tous les caractères qui faisaient autrefois d'eux des mouvements impulsifs et réflexes, et de même que ces mouvements avec leur nouveau caractère font de l'adulte délirant un enfant, de même ils contribuent à faire de lui un individu différent, en quelque sorte étranger à lui-même, un aliéné.

Ce que nous savons des maladies de la volonté doit donc s'appliquer aux troubles de l'activité volontaire, de l'activité idéo-motrice ; et à l'origine des fugues et du vagabondage nous devons retrouver des perturbations de la volonté, c'est-à-dire du jugement. On peut arriver ainsi à constituer un tableau qui résume d'une manière saisissante les vues de MM. Joffroy et Dupony.

I. — *Faiblesse congénitale de la volonté :*

A. Par défaut de maturité : le vagabondage de l'enfant normal.

B. Par insuffisance pathologique de développement.

a) Les volitions réflexes (vagabondage de l'idiot, de l'imbecile, du débile).

β) L'incoordination mentale et l'impulsivité. Le caprice, l'obsession, le dédoublement de la volonté (fugues du déséquilibre).

II. — *Anomalies et déviations de la volonté :*

A. Anomalies. Le caractère paranoïaque (les vagabonds épris de liberté).

B. Déviations. Les volitions vésaniques (les fugues délirantes).

III. — *Affaiblissement progressif de la volonté :*

Les démences (les fugues démentielles).

IV. — *Les modifications passagères et transitoires de la volonté :*

La dépression psychique (les fugues des neurasthéniques).

L'exaltation intellectuelle (les fugues des hypomaniaques).

La confusion mentale (les fugues des intoxiqués).

V. — *L'anéantissement de la volonté :*

L'automatisme ambulateur.

Les caractères pathologiques des fugues et du vagabondage ne sauraient évidemment se retrouver entièrement dans de tels actes lorsqu'on les rencontre chez les enfants normaux, tout en concédant qu'il soit difficile de dire, lorsqu'on se trouve en présence de ces manifestations chez un sujet jeune, que l'enfant considéré n'est pas un débile, un déséquilibré ou un paranoïaque en herbe. Cependant les fugues et le vagabondage de l'enfant normal présentent les mêmes caractères que ceux que revêtent ces mêmes actes lorsqu'on les observe chez quelques individus anormaux, comme certains arriérés et certains débiles dont la volonté est originairement affaiblie par suite d'une insuffisance de développement et qui, toute leur vie, restent enfants. Il n'est donc pas illogique de placer au seuil d'une étude clinique des fugues et du vagabondage un aperçu de ces états considérés chez l'enfant.

Chez l'enfant, le cerveau est encore insuffisamment développé et surtout insuffisamment menlé ; l'enfant n'a pas acquis l'expérience nécessaire pour mesurer la portée de ses actes et surtout pour en mesurer les conséquences. Le cerveau de l'enfant, comme l'a dit excellemment Bernard Pérez, est beaucoup plus propre à l'acquisition qu'à l'élaboration, et les déterminations dépendent chez lui, quant à leur nature, non seulement de la quantité, mais encore de la qualité des acquisitions. Ce n'est pas à dire que l'enfant ne réfléchisse pas ; il réfléchit, mais il ne réfléchit et ne juge qu'avec

des données insuffisantes, et puis surtout il ne prévoit pas. Toutes ses notions se rapportent un peu au passé, beaucoup au présent et pas du tout à l'avenir ; c'est ce qui fait que l'enfant obéit principalement à des tendances et surtout à des tendances actuelles, et comme il se détermine de préférence dans le sens le plus simple, il est tout particulièrement porté à l'imitation qui le dispense de réfléchir. En dehors, par conséquent, de ce que l'enfant tient de son hérédité et de sa constitution psychique originelle, sa conscience ou plutôt ses états de conscience sont continuellement enrichis d'éléments qu'il emprunte à ses éducateurs et aux exemples qui lui sont donnés ; ce qui revient d'ailleurs au même, car l'exemple n'est qu'une leçon de choses, et l'éducation théorique ne vaut guère, au début, que par les exemples.

En même temps, l'enfant, comme tout être en formation, en évolution, est constamment poussé par le désir de savoir ; il est par conséquent naturellement curieux et non seulement curieux de ce qu'il voit, mais encore et surtout de ce que lui cache ce qu'il voit ; il a la hantise de tout ce qui est derrière et de tout ce qui est dedans. Cette curiosité fait que l'enfant, obligé de suppléer à toutes les notions qui lui manquent, est porté à y pourvoir par le rêve et il est à l'affût de tout ce qui peut servir d'aliment à son imagination. C'est pourquoi il se complaît aux récits merveilleux et fantastiques, à tout ce qui est de nature à lui découvrir un monde nouveau ; son esprit travaille sur les données qui lui sont fournies par les grandes personnes, il tend à les actualiser ; il revit Robinson Crusoé, comme le *Petit Chose* de Daudet, et pour trouver le cadre qui convient à ses héros, il peut être conduit à aller fort loin ; c'est ce qui arrive aussi lorsque l'objet de ses désirs est éloigné.

Et puis l'enfant cherche à situer tout ce qu'il apprend et l'on trouve à ce sujet, sur les idées d'un enfant touchant la constitution du monde et sur les applications à la réalité qu'un esprit neuf peut faire des légendes, des pages délicieuses d'A. France dans *Pierre Nozière*. De là il résulte que l'enfant accepte facilement tout sans choix et sans contrôle ; il est donc éminemment suggestionnable, et comme, parmi tout ce qui se présente à lui, il est des choses qui lui plaisent mieux ou qui le frappent, il est

émotif et hypnotisable ; c'est sa façon de choisir, mais, soit ignorance, soit irréflexion, il ne voit qu'un côté des choses : l'uniforme chez le soldat, le fouet chez le charretier, les pays et la liberté chez le trimardeur.

L'enfant est donc porté à traduire immédiatement d'une manière toute réflexe et impulsive ce qu'il ressent, à imiter ce qu'il voit ; c'est ainsi qu'il est porté à fuir et à vagabonder, si l'éducation et surtout la surveillance ne viennent pas suppléer, d'une manière en quelque sorte artificielle, aux défauts et aux défaillances de son jugement, de sa volonté et à son instabilité mentale. Le vagabondage de l'enfant, dont les causes médiatees doivent surtout être recherchées dans un entourage inadéquat, a le plus ordinairement une solution rapide : l'asile, rarement ; l'envoi en correction ; la tutelle de l'Assistance publique ; plus souvent, le retour dans la famille. Quant aux fugues, elles reconnaissent ordinairement pour causes : l'exemple, la suggestion par un adulte ou un enfant plus âgé, la curiosité, l'appât du plaisir, ces fugues pouvant être individuelles ou collectives ; dans d'autres circonstances, les fugues de l'enfant sont une conséquence de l'indignité des parents qui l'ont moralement abandonné : il fuit alors le milieu inhospitalier ou infâme, c'est indirectement une « fugue de moralité » ou de préservation.

A côté de cela, mais ceci nous fait entrer de plain-pied dans la pathologie, on peut faire une place aux fugues et au vagabondage de l'enfant anormal, vicieux et pervers. Ce sont ordinairement des héréditaires qui fuguent et vagabondent moitié par tempérament, moitié, comme précédemment, par moralité. Le plus souvent, lorsque la société s'occupe d'eux, ils sont imperfectibles soit originairement, soit pour l'être devenus ; on les retrouve plus tard dans les prisons.

Enfin, les fugues et le vagabondage de l'enfant pathologique ne diffèrent en rien de ceux de l'adulte malade. Si, au contraire du débile et de l'imbécile, on ne peut comparer l'idiot à l'enfant, pas plus qu'on ne peut comparer ce qui évolue à ce qui est monstrueux, il faut cependant reconnaître que, en dehors de l'idiot complet qui ne peut nous intéresser ici, l'idiot incomplet doit être jusqu'à un certain point assimilé à l'enfant parce

qu'il est perfectible; ses fugues sont-elles vraiment plutôt dues à l'automatisme inconscient qu'à la curiosité? Il est véritablement hasardé d'en apporter l'affirmation; mais le tout est de bien délimiter l'idiot, parce qu'il y a des cas frontière et qu'il arrive un degré où il est difficile de distinguer l'idiot de l'imbécile. Dans tous les cas, c'est le vagabondage que l'on rencontre le plus fréquemment chez l'idiot, le vagabondage survivant le plus souvent à une fugue; ordinairement, ces malades sont assez surveillés et surtout assez faciles à surveiller pour que fugues et vagabondage soient assez rarement leur fait.

Il n'en est pas de même de l'imbécile. L'imbécile, en effet, a des instincts, des désirs dont l'idiot se montre incapable, et comme il ne lui est pas possible de faire un choix dans les motifs qui déterminent ses actes, il se laisse conduire par ses instincts; c'est pourquoi il se montre vicieux, indiscipliné, cruel, anti-social, comme l'a dit M. Sollier. Aussi, le vagabondage est-il fréquent chez lui; vagabondage par simple instinct de locomotion, par amour du merveilleux, du fantastique, par imitation, par impossibilité de se plier à une règle. Chez lui, les fugues revêtent souvent le même caractère, et devant une mentalité aussi pauvre que la sienne, il est parfois aussi bien difficile de distinguer entre le vagabondage pur et la fugue. Le plus ordinairement, la fugue sera nettement motivée par un besoin qui souvent est un besoin sexuel, et quand l'imbécile est ainsi poussé à fuir par besoin, il est capable de mettre au service de ses désirs une habileté extraordinaire. Ses fugues sont donc souvent des fugues par véritables idées fixes. Nous avons ainsi observé un imbécile masturbateur et vicieux, qui très habilement s'évada de l'asile dans lequel il était interné depuis l'âge le plus tendre, uniquement pour satisfaire ses besoins sexuels. Il erra ainsi pendant quelques heures dans la campagne, ignorant du pays; bientôt repris, il avoua qu'il avait aperçu une fille, mais qu'il n'avait pas osé lui faire des propositions et qu'il avait eu peur d'elle, parce qu'elle lui paraissait vigoureuse. Tout l'imbécile est là.

De même qu'une marge assez large sépare l'idiot incomplet de l'imbécile, de même il y a entre l'imbécile

et le débile toute une série d'intermédiaires qui rendent toute démarcation impossible, et lorsqu'on remonte l'échelle des débilités, il arrive aussi un moment où, sans pouvoir s'en rendre compte, on est passé du débile au déséquilibré. Les cas moyens permettent seuls de saisir les éléments qui différencient ces divers états. Le déséquilibré est surtout un lacunaire, un dysharmonique essentiellement prédisposé par cela même à la folie; le débile est plutôt un déficient total; il est également doué, mais ses dons sont limités; au contraire du déséquilibré, parce qu'il possède de tout un peu et parfois assez, il peut faire illusion; il suffirait que sa débilité fût beaucoup moins marquée sur un point pour faire de lui un déséquilibré. Par conséquent, le débile peut rester dans une bonne moyenne, vivre de la vie de tout le monde, occuper un rang social assez élevé, mais comme son esprit ne peut jamais être que peu meublé, son raisonnement est toujours limité et insuffisant; il ne peut guère généraliser, de sorte que son jugement est toujours douteux, déficient, et que ses déterminations volontaires s'en ressentent. Il est des cas dans lesquels le débile moyen que nous avons toujours en vue distingue mal le bon du mauvais, le licite du défendu, l'utile de l'inutile: il ne sait pas. De là vient la faiblesse de sa puissance volitive. Cela fait qu'il accepte volontiers le jugement des autres: il est crédule, superstitieux et par conséquent porté à l'imitation; toutes les fois que ses facultés de contrôle sont en défaut, il se laisse entraîner impulsivement. Cette impulsion peut venir de lui-même, mais le plus souvent le débile, au lieu de se laisser entraîner par son propre désir, se laisse suggestionner par l'exemple. Ses déterminations l'entraînent dans le droit chemin si l'entourage est normal, mais s'il est composé de psychopathes ou de malfaiteurs, il se dirige dans le sens contraire. On comprend facilement le rôle possible des émotions, de la peur, sur un cerveau dont les moyens sont aussi limités.

La fugue vraie et personnelle est rare chez le débile; au contraire, « le vagabondage est souvent la conséquence fatale de sa pauvreté mentale. »; il vagabonde souvent par raison sociale et pénurie de travail. La véritable fugue du débile est la fugue infantine par

attirance d'un lieu, par besoin instinctif et par plaisir de marcher.

A la différence du débile, le déséquilibré est essentiellement un individu dont le système nerveux présente des points d'une résistance insuffisante ; le déséquilibré n'est donc pas toujours un débile intellectuel, mais comme nous le disions plus haut un lacunaire, ses lacunes étant plus ou moins étendues ; elles constituent des stigmates. Le déséquilibré est donc un asymétrique, un irrégulier, un dysharmonique, et de cette dysharmonie résulte nécessairement l'imperfection du jugement et consécutivement de la volonté. Jouissant d'une intelligence inégalement répartie, avec parfois des aptitudes véritablement remarquables et géniales, le déséquilibré est mobile, distrait, audacieux ou découragé, entêté, impatient, et il prend surtout pour principe la satisfaction immédiate de ses fantaisies et de ses instincts. Aussi est-il sujet aux impressions que son système inhibiteur, mal réglé ou insuffisant, ne peut réfréner, et il est susceptible, crédule et superstitieux, comme le débile, prêt à toutes les contagions mentales. Naturellement égoïste, émotif et impressionnable, le déséquilibré est en résumé un instable, un irrégulier, constamment en marge de la morale et de la société, manquant de coordination et de suite dans les idées, incapable d'une attention soutenue.

Les déséquilibrés sont aussi des mythomanes et certains sont des mythomanes errants, qui non seulement forgent, mais vivent des romans d'aventures.

Les impulsions des déséquilibrés sont aussi variables que les motifs qui les guident ; on observe chez eux aussi bien la fugue par entraînement et la fugue capricieuse que la fugue émotive et la fugue passionnelle.

La fugue capricieuse a les mobiles les plus futiles, connaître ou revoir tel pays ou tel site : le rôle de l'émotion est ici indéniable ; elle joue probablement, en définitive, le rôle de l'idée obsédante et détermine une fugue qui revêt presque tous les caractères de la fugue dromomaniaque. La fugue capricieuse pourra ne pas avoir de but défini : mû par le désir de quitter son domicile, sa famille, le déséquilibré partira pour courir et voyager au hasard : fugue suivie de vagabondage.

Dans la fugue purement émotive, le mobile est ordinairement un choc moral, comme pour les enfants déséquilibrés une réprimande ou une punition légère, pour les soldats une brimade ou une observation trop rudement faite ; la fugue passionnelle est une fugue émotive qui n'a de particulier que ses conséquences possibles : telle la fugue de la femme qui va rejoindre l'objet aimé ou qui fuit son mari. Les fugues sexuelles s'observent aussi chez les enfants et les adolescents. Toutes ces fugues sont conscientes, mnésiques, parfaitement menées et coordonnées. Cependant, il arrive que le choc émotionnel puisse déterminer une confusion mentale qui donne à certaines fugues du déséquilibré les caractères de l'automatisme ambulatoire : semi-conscience, automatisme, amnésie consécutive plus ou moins étendue. En somme, les fugues du déséquilibré sont des fugues de suggestibilité par entraînement et par attirance, des fugues d'instabilité ou fugues capricieuses, des fugues d'émotivité : fugues émotives, passionnelles, sexuelles ; enfin, on rencontre encore chez lui deux sortes de fugues que leurs caractères particuliers permettent de décrire à part : la fugue dromomaniaque et la paranoïa ambulatoire ou vagabondage par tempérament.

La *fugue dromomaniaque* est une fugue déterminée par une obsession. L'obsession qui détermine cette fugue germe sur un terrain de déséquilibration psychique. Le futur dromomane est primitivement un irrésolu, au caractère irritable, à l'humeur mobile, présentant une hyperesthésie morale qui en fait le jouet des émotions et des émotions immotivées.

Quelle est l'origine de l'impulsion dromomaniaque ? Faut-il chercher cette origine dans l'élément intellectuel ou dans l'élément émotif ? Les deux opinions ont leurs défenseurs : pour les uns, l'idée joue le rôle prédominant dans l'émotion et par suite dans l'obsession suivant la progression : l'idée déterminant l'état affectif (émotion), puis l'état affectif déterminant des modifications organiques (troubles vaso-moteurs principalement) ; pour les autres, et cette dernière hypothèse est aujourd'hui la plus généralement admise, les symptômes organiques sont les premiers en date.

Le dromomane n'arrive pas du premier coup à l'an-

goisse pathognomonique de la crise obsédante et à l'impulsion irrésistible ; c'est par un travail lent et prolongé que se constitue le paroxysme. Le futur dromomane, tout enfant, est un émotif et un impulsif ; arrive un moment où il éprouve le désir ou le besoin de se déplacer ou de s'enfuir : attrait d'une promenade, d'un pays ou d'un site, réprimande, admonestation, etc. Il y a là un élément qui pourra devenir le noyau d'une idée fixe ou d'une idée obsédante. Un élément émotionnel, plus ou moins intense, vient se joindre à l'idée première de la fugue soit immédiatement, surtout si la fugue a eu lieu, soit secondairement après une rumination intellectuelle consciente ou inconsciente. Le souvenir de l'idée réveillera ensuite l'émotion et des associations pourront amplifier cette émotion.

L'idée fait ainsi son chemin : et dès que l'idée se présente, l'émotion paraît de plus en plus forte ; si la tendance impulsive est satisfaite, il y a une décharge et l'obsession n'existe pas. Cette obsession ne survient que le jour où un obstacle quelconque s'oppose à la réalisation de l'impulsion comme, par exemple, le refus de la volonté ; alors, il y a lutte, l'émotion grandit, détermine de l'angoisse et l'impulsion peut alors devenir irrésistible. L'acte accompli, il y a une détente, un soulagement, l'angoisse disparaît et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la récurrence. Mais à chaque récurrence, l'obstacle croît et la lutte devient de plus en plus vive, par conséquent, l'impulsion devient de plus en plus irrésistible ; elle le serait moins si le malade ne luttait pas et elle arriverait peu à peu à s'éteindre.

En somme, pour qu'il y ait obsession, il faut que l'idée née fortuitement et ayant un retentissement émotionnel très accusé, soit repoussée par la conscience et combattue avec un succès inégal ou simplement douteux : l'angoisse croîtra au fur et à mesure que le résultat du duel sera plus indécis. C'est, par conséquent, non l'idée, mais la résistance à cette idée qui crée l'angoisse. L'idée de fugue peut donc n'être au début qu'impulsive, et ne devenir obsédante qu'ultérieurement, de telle sorte qu'entre l'impulsion brutale et l'obsession impulsive plus ou moins irrésistible, on peut imaginer toute une série d'états.

L'accès dromomaniaque, qui se reproduit à des intervalles irréguliers, est précédé d'une période prodromique de dépression anxieuse. L'idée pourra ne surgir qu'après l'installation de la crise d'angoisse, mais la coïncidence n'est pas fatale et la crise anxieuse peut exister seule. Dans d'autres cas, l'idée et l'angoisse sont intimement sondées : l'idée attire l'angoisse, comme celle-ci évoque celle-là.

Quoi qu'il en soit, l'idée dromomaniaque surgissant pour une raison ou pour une autre dans le champ de la conscience y apparaît étrangère, discordante ; elle est alors combattue, elle devient douloureuse, angoissante et comme elle est plus forte, elle gagne du terrain, tend à envahir tout le champ de la conscience et persiste jusqu'à l'exécution. Le passage de l'idée à l'acte dure pendant un temps plus ou moins long ; certains malades peuvent même se libérer par un simulacre de défaite en recourant à certains moyens, comme celui qui consiste à tout préparer pour un départ. Pendant la fugue, l'idée obsédante peut, à ce point, avoir rempli la conscience que le malade en démentre un peu confus. Enfin, il arrive parfois que l'idée de fugue est associée à une autre obsession, celle du vol, celle de la boisson ; mais il faut alors prendre garde et rechercher soigneusement si la fugue n'est pas secondaire à la kleptomanie, à la dipsomanie, de même qu'elle peut l'être à la claustrophobie.

L'impulsion dromomaniaque peut se montrer dès l'enfance ; elle se termine par un départ habituellement soudain et sans préparatifs ; la précipitation est continue, sans arrêt ; il est d'ailleurs rare que le fugueur se soit fixé un but, et l'accaparement de l'idée obsédante est tel qu'il néglige, ou à peu près, ses besoins naturels, marchant même parfois de nuit. Le grand fugueur accepte cependant parfois de travailler pour subvenir à ses besoins. Ordinairement, sauf dans les cas précédemment cités, la dromomanie ne s'accompagne pas de délits.

La crise finie, le malade est navré, déprimé parfois jusqu'au suicide ; il présente de l'amnésie de détail. La fugue dromomaniaque présente une durée variable, elle se reproduit périodiquement, comme les autres obses-

sions, et donne naissance quelquefois à un véritable état de mal obsédant.

L'impulsion dromomaniaque telle qu'elle a été décrite par MM. Joffroy et Dupony et par les autres auteurs n'est pas admise par tout le monde. M. Victor Parant considère que les impulsions dromomaniaques sont le plus souvent non obsédantes et purement psychomotrices, et que les fugues obsédantes sont rares ; de la discussion à laquelle il se livre, il résulte même que dans les observations déjà publiées, l'obsession est loin d'être toujours évidente et que bien souvent la lutte est occasionnée, non par l'invasion d'une obsession, mais par l'existence de circonstances particulières qui au point de vue social donnent à la fugue une gravité particulière : l'état de mariage, l'état militaire.

Cela fait que M. Victor Parant décrit une impulsion dromomaniaque non obsédante dans laquelle le malade part tout d'un coup sans motifs, sans raisonnement, sans délibération, ni préparation. La fugue est mnésique, mais le fugueur a conscience que son impulsion est supérieure à sa volonté et lui est étrangère. Le dromomane est-il toujours capable de se rendre compte lui-même qu'il est le jouet d'une obsession ? C'est peut-être là le point qu'il serait bon d'élucider. D'un autre côté, certains dromomanes ne sont-ils pas conduits, pour se disculper, à cacher l'existence d'une idée obsédante pour invoquer, sans explications, l'existence d'une volonté étrangère à la leur ? La première pensée qui vient à la lecture de la description des fugues dromomaniaques non obsédantes de M. Victor Parant, est celle d'une identité complète avec l'automatisme ambulateur, du moins l'automatisme ambulateur atténué, ce dont M. Parant se défend. Quoi qu'il en soit, et malgré que la dromomanie pure soit infiniment plus rare qu'il n'a été dit, l'obsession dromomaniaque obsédante existe bien réellement, n'y aurait-il pour prouver son existence que l'observation unique qui illustre le livre de MM. Joffroy et Dupony. Il est évident qu'à partir de la fugue banale du déséquilibré, on doit observer toute une série d'intermédiaires dont l'impulsion dromomaniaque non obsédante doit constituer l'un des échelons ; d'abord la fugue de suggestibilité, puis la fugue d'instabilité, la

fugue d'émotivité, la fugue d'angoisse, l'impulsion dromomaniaque non obsédante, l'impulsion dromomaniaque obsédante, la fugue en état second et enfin l'automatisme ambulateur.

La fugue en état second n'est autre chose que la fugue hystérique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1910.

Présidence de MM. LEGRAS et ARNAUD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Delmas, Dericq, Capgras, Lallemant, Rayneau et Simon, membres correspondants, assistent à la séance.

Prix Christian.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, je n'ai eu que trop souvent, en l'année 1909, le triste devoir de vous faire connaître les décès survenus parmi nos collègues, pour ne pas ressentir une véritable joie en vous apportant deux nouvelles heureuses qui nous arrivent comme dans un rayon de soleil.

C'est d'abord la nomination de notre collègue M. le docteur Picqué au grade d'officier de la Légion d'honneur. Jamais distinction honorifique ne fut mieux méritée, et jamais récompense plus justifiée n'a été placée sur un cœur plus français. Au nom de la Société médico-psychologique, j'envoie à M. Picqué nos plus chaleureuses félicitations.

La seconde nouvelle, qui s'adresse directement à notre Compagnie, est celle de la donation d'une somme de dix mille francs, faite, *libre de toutes charges*, à la Société médico-psychologique, par les enfants de notre défunt collègue Christian.

D'après ce qui m'a été raconté, voici l'origine de cette donation. Christian, un jour, entendit parler d'un interne des asiles publics d'aliénés, en province, qui se trouvait dans l'impossibilité de faire imprimer sa thèse

inaugurale, faute d'une somme de trois cents francs. Cette détresse fit une forte impression morale sur notre collègue, chez lequel, derrière une assez froide apparence, se cachait une ardente sensibilité de cœur. Rentré chez lui, il fit part aux siens, dans l'intimité d'une causerie familiale, du pénible récit qu'il avait entendu, et il exprima le désir de laisser après lui, dans notre Société, un capital donnant un revenu annuel de trois cents francs, laquelle somme servirait à venir en aide à un interne des asiles publics d'aliénés ayant besoin de cet argent pour faire imprimer sa thèse de doctorat. Christian décédé, ses deux enfants, mus par une très rare déférence pour la volonté paternelle, réalisèrent l'intention du chef de famille et ils firent alors à la Société médico-psychologique, dans des conditions singulièrement honorables pour eux, la donation que je vous ai annoncée. M. Ritti, auquel je passe la parole, va nous donner lecture, Messieurs, de l'arrêté préfectoral nous autorisant à accepter cette donation.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — L'arrêté préfectoral que je vais vous lire et qui autorise la Société médico-psychologique à accepter la donation faite en sa faveur par les enfants de notre regretté collègue Christian, est daté du 25 janvier 1910 et n'a été transmis que le 2 février suivant.

Le sénateur, préfet de la Seine,

Vu l'acte authentique reçu par M^e Leclerc, notaire à Charenton-le-Pont (Seine), à la date du 14 avril 1909, aux termes duquel M. Geoffroi-Félix-André Christian, capitaine d'infanterie breveté d'état-major, en garnison à Arras (Pas-de-Calais), demeurant en ladite ville, rue des Capucins, n° 36; d'une part et M^{me} Adèle-Emilie-Jenny Christian, épouse dûment autorisée de M. Eugène-Joseph-Georges Favier, artiste peintre, avec lequel elle demeure boulevard Saint-Michel, n° 61, ont fait donation nette de frais et droits, à la Société médico-psychologique de Paris, d'une somme de dix mille francs à la condition que ladite somme soit employée à l'achat d'un titre de rente de 3 p. 100 sur l'Etat français, dont les arrérages seront employés à la création d'un prix à attribuer chaque année à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse;

Vu les renseignements fournis sur les donateurs, tant par M^e Leclerc, notaire, que par M. le Préfet du Pas-de-Calais et M. le maire du cinquième arrondissement;

Vu la délibération en date du 7 mai 1909 par laquelle le Conseil d'administration de la Société médico-psychologique de Paris déclare accepter, aux clauses et conditions imposées, la donation faite en sa faveur par M. Christian et M^{me} Favier;

Vu l'état de l'actif et du passif de la Société;

Vu ses statuts;

Vu le décret en date du 11 décembre 1867 qui l'a reconnue d'utilité publique;

Vu l'article 910 du Code civil;

Vu l'ordonnance royale du 2 avril 1817;

Vu le décret du 1^{er} février 1896;

Vu les lois du 4 et 25 février 1901;

Arrête :

Article 1^{er}. — Le Président de la Société médico-psychologique de Paris est autorisé à accepter, au nom de ladite Société, aux clauses et conditions imposées, la donation nette de frais et droits faite en sa faveur par M. Christian et M^{me} Favier, aux termes de l'acte authentique ci-dessus visé en date du 14 avril 1909 et consistant en une somme de dix mille (10.000) francs. Conformément à la volonté des donateurs, ladite somme de dix mille francs sera affectée à l'achat d'un titre de rente française 3 0/0 perpétuel et nominative, dont les arrérages seront employés à la création d'un prix à attribuer chaque année par le bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. Mention sera faite sur ledit titre de la provenance des fonds et de la destination des arrérages.

Article 2. — Il est déclaré que la donation autorisée par le présent arrêté a le caractère de bienfaisance prévue par l'article 19 de la loi du 25 février 1901.

Article 3. — Ampliation du présent arrêté sera adressée :

1^o A la Société bénéficiaire;

2^o A M. le Directeur des affaires municipales, chargé d'en assurer l'exécution;

3^o A M^e Leclerc, notaire à Charenton-le-Pont (Seine).

Fait à Paris, le 25 janvier 1910.

Pour le Préfet et par délégation,

Le Secrétaire général de la Préfecture.

Signé : ARMAND BERNARD.

M. LE PRÉSIDENT. — Il va de soi, évidemment, que la Société accepte, avec une vive reconnaissance, cette

donation, qui perpétuera, parmi ses membres, le souvenir d'un collègue qui a toujours été entouré d'une respectueuse estime, et dont l'intégrité ainsi que la probité professionnelles peuvent servir de modèle. Et je suis certain, Messieurs, de me conformer à votre pensée, en priant notre Secrétaire général de transmettre aux généreux donateurs les sincères remerciements et l'expression de la profonde gratitude de la Société médico-psychologique.

Installation du Bureau.

M. LEGRAS. — Mes chers Collègues, une excellente tradition de la Société médico-psychologique veut que le Président sortant expose dans une revue rapide, sorte de compte rendu moral, les travaux de notre Compagnie et les événements qui s'y sont déroulés pendant l'année qui vient de finir. J'obéis d'autant plus allègrement à cette tradition qu'elle prolonge, pour quelques instants encore, ma fonction présidentielle, que vous avez entourée de tant de courtoises aménités.

Mais, d'abord, qu'une dernière expression de regret soit adressée à ceux que nous avons perdus et qui ont vu se lever le rideau, jusqu'à présent impénétrable, derrière lequel se cache l'au-delà de la vie. Ils sont nombreux.

Parmi les membres titulaires, ce fut Moreau, représentant d'un nom qui a creusé dans notre spécialité un sillon ineffaçable. Puis, Motet, membre de l'Académie de médecine et expert-aliéniste, qui a été l'élégance et la probité professionnelle personnifiées. Ensuite, Bourneville, qui mena de front la pratique médicale et les luttes politiques.

La section des membres correspondants de notre Société a payé aussi son tribut à la Camarde, qui emporta notre doyen à tous, le D^r Fusier, ancien directeur de l'Asile de Bassens. Il mourut presque nonagénaire, et, quoiqu'il né en Savoie alors que ce pays avait été détaché de la France par les traités de 1815, il avait conservé un cœur inébranlablement français. Enfin, parmi les membres associés étrangers, le décès de Lombroso, dont le nom s'est répandu dans l'univers

entier, a clôturé cette liste nécrologique. Envoyons un suprême adieu à nos collègues disparus, et dont la mort a laissé des vides assurément regrettables, mais qui, matériellement du moins, ont été comblés par des adhésions nouvelles et envoyées des plus lointaines contrées.

M. Leroy, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine, sollicita, et obtint de l'unanimité de nos suffrages, de changer son titre de membre correspondant en celui de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

MM. Jean Lépine, Delmas, chef de clinique à Sainte-Anne, Simon, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, ont demandé à faire partie de notre Compagnie, comme membres correspondants, et les portes leur en ont été ouvertes toutes grandes.

Enfin, le bon renom de la Société s'étant depuis longtemps répandu à l'étranger et dans les pays d'outre-mer, MM. les D^{rs} Alfred Gordon, de Philadelphie; Antonio Lecha Marzo, de Valladolid; Bernardo Etchepare, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Montévidéo, et le D^r Ciriaco Yrigoyen, de Saint-Sébastien (Espagne), ont tous les quatre sollicité le titre, qui leur a été décerné, de membre associé étranger. Tous ces nouveaux collègues peuvent être assurés de rencontrer, au milieu de nous, un sympathique accueil, et, au nom de la Société médico-psychologique, je leur adresse une cordiale bienvenue.

Messieurs, l'année 1909 a été pour nous mouvementée et bien remplie. Notre Compagnie a pris part à des travaux variés, alternativement administratifs, scientifiques et sociaux.

Dans une Société comme la nôtre, une loyale camaraderie doit exister entre les membres qui la composent; aussi il était accepté, depuis sa fondation, que le bureau en exercice désignerait les membres des Commissions de Prix, sous la réserve, bien entendu, pour chacun de nous, de pouvoir user de la libre indication de ses préférences. Les choses n'en allaient pas plus mal, ainsi que le démontrent le résultat de nos concours et la valeur des lauréats de chaque année, lorsque, au mois de janvier 1909, M. Antheaume introduisit une proposition tendant « à ce que les membres des Commissions des

prix fussent désormais délégués par voie de tirage au sort ». Une discussion suivit, et une Commission fut nommée pour examiner cette proposition. Mais elle reconnut bientôt qu'en adoptant cette dernière, la Société modifierait une partie de ses statuts, modification qui aurait exigé l'approbation administrative, conformément au décret reconnaissant la Société « Etablissement d'utilité publique ». Ainsi que l'exposa M. Pactet, dans son rapport, cette obtention entraînait de longues formalités et des délais prolongés. Aussi, fort sagement, la Société a tourné la difficulté, en décidant que, provisoirement, pour le courant de l'année 1909, le Bureau en exercice continuerait à désigner les membres des Commissions de prix, et, en même temps, qu'il étudierait un procédé nouveau pour la nomination de ces susdits membres. Il se mit incontinent à l'œuvre; et, dans la séance suivante, il vous soumit un procédé copié sur celui qu'emploie l'Académie de médecine, en semblable circonstance, et qui consiste dans l'inscription, sur le tableau noir, des noms des membres des Commissions de prix proposés par le Bureau, laissant à chacun de nous la faculté, comme précédemment, de changer cette liste au gré de ses sympathies. Ce procédé, qui ne touchait en quoi que ce fût à nos statuts, fut accepté par un vote, et il réglera dorénavant la nomination des membres des Commissions de prix.

Mais, Messieurs, notre collègue M. Colin, qui faisait partie de la Commission, souleva une question bien autrement importante, bien autrement urgente que la précédente. C'était la question de la réforme du Concours de l'adjuvat pour les asiles publics d'aliénés. Désigné comme rapporteur, M. Colin, dans un travail remarquablement exposé et documenté, signala toutes les imperfections, on pourrait dire tout l'illogisme du règlement alors en activité. Il serait superflu d'évoquer les incidents de la discussion qui fut ouverte. Mais, vous n'avez sans doute pas oublié qu'une délégation, à laquelle notre collègue M. le Dr Brousse voulut bien apporter l'appui de l'autorité morale que lui donne sa situation politique, reçut la mission de présenter à M. le Ministre de l'Intérieur les vœux concernant les modifications légitimes à apporter au Concours de l'adjuvat : vœux émis

à l'unanimité par les Sociétés scientifiques intéressées : la Société médico-psychologique, la Société des médecins des asiles d'aliénés de la Seine, l'Association amicale des internes et anciens internes des asiles, et enfin l'Association amicale des médecins des asiles d'aliénés de province. Parmi ces vœux, il y en avait deux principaux, correspondant à un réel sentiment d'équité : celui qui demandait « le tirage au sort des membres du jury du Concours », et celui qui réclamait « la suppression du vote du représentant de l'Administration, généralement incompetent en médecine, sur les épreuves médicales des concurrents. Ils étaient manifestement conformes au plus vulgaire bon sens. M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, chargé par M. le Ministre de l'Intérieur, empêché, de recevoir la délégation, se défendit d'opposer aux vœux exprimés des objections de parti pris : et, pourtant, celles-ci ne laissaient point d'en avoir quelque apparence. En somme, la Délégation échoua dans sa démarche, et son insuccès est devenu définitif, depuis le récent décret que vous connaissez, réglemant, à nouveau, le Concours de l'adjuvat. Les innovations qu'il contient, est-il besoin de le dire ? dans son singulier article 6, au sujet de la nomination des membres du Jury, sont d'évidents trompe-l'œil ; car, en réalité, il n'y a rien de changé dans l'état actuel des choses, puisque la composition du Jury du Concours reste toujours soumise au bon plaisir de l'Administration. Il n'y a qu'un règlement de plus. Il est vraiment lamentable et stupéfiant que le Concours de l'Adjuvat des Asiles publics d'aliénés ne soit pas soustrait à l'arbitraire administratif pour la nomination des membres du jury, et qu'il ne soit pas entouré des mêmes garanties de justice et d'impartialité que le concours de l'Agrégation et que celui des Médecins des Hôpitaux.

Messieurs, conjointement avec ces travaux d'ordre particulier, notre Société en a mené d'autres, exclusivement scientifiques, ressortissant soit à des questions doctrinales, soit à la clinique pure. Pour les premiers, M. Picqué a ouvert le feu, en continuant sa communication « sur l'origine périphérique de certains délires ». Cette communication donna lieu à une discussion pro-

longée, pendant laquelle de brillantes passes d'armes furent exécutées entre l'auteur et nos collègues Arnand, Legrain, Vigouroux, Sollier, Vallon. Les controverses ne prirent fin que dans la séance du mois de novembre dernier, après avoir une fois encore montré l'influence prépondérante du terrain organique sur les aspects variés, sur les diverses modalités cliniques que peut prendre une même maladie, contrairement à l'interprétation cénesthésique, qui rejette, comme l'a dit M. Picqué, l'influence des lésions périphériques. Et, en écoutant les objections échangées, je me suis rappelé une discussion doctrinale à laquelle j'ai assisté, il y a bien longtemps, dans ma jeunesse, entre les partisans de ce qu'on dénommait alors « le vitalisme » et ceux « de l'organicisme ou du terrain organique ». Les premiers attribuaient à l'action d'une sorte de « quid divinum » les formes différentes que peut revêtir une même affection, suivant l'individu qu'elle frappe; tandis que leurs adversaires expliquaient ces dernières par l'influence du terrain organique sur lequel la maladie s'était implantée. Parmi ceux-ci, un professeur éminent, Béhier, dont le souvenir m'est particulièrement cher, criblait les vitalistes de ses réparties acérées, qu'il résumait dans cette espèce d'apologue, pittoresquement exprimé : « Est-ce que nous avons tous, leur disait-il, le nez taillé « sur le même patron? Est-ce que chacun de nous a une « organisation, un terrain organique fabriqué d'après « une formule invariable? Evidemment non. Nous « avons chacun le nôtre, de terrain organique, qui « réagit à sa manière sous le coup de la maladie, « et c'est pourquoi il imprime à celle-ci une allure spéciale. Celui de Pierre et celui de Jacques ne réagiront « pas de la même façon, s'il survient une pneumonie, « par exemple; ils donneront à celle-ci une modalité, « une forme, une expression cliniques tout à fait particulières. » Cette conception du retentissement du terrain organique sur l'aspect clinique des maladies a été, depuis cette lointaine époque, généralement adoptée, et il est bien certain qu'un délire vésanique quelconque, le délire hypocondriaque, si l'on veut, puisqu'il en a été question, ne se traduira pas de la même façon, avec la même modalité clinique, chez Pierre et chez Jacques,

parce que l'un et l'autre... n'ont pas le nez taillé sur le même patron.

Après M. Picqué, notre collègue M. Legrain amorça la discussion « de la Responsabilité médicale dans la rédaction des certificats ». Il la souleva, à propos d'une condamnation prononcée, en province, contre un médecin qui avait délivré un certificat dans un cas d'aliénation mentale. La discussion a commencé et continuera, puisque la question figure encore à l'ordre du jour de nos séances.

Enfin, M. Trénel a proposé que l'entité morbide désignée sous le vocable de « paranoïa » fût examinée doctrinalement et cliniquement, au cours de nos réunions mensuelles. C'est une question assurément intéressante, ne serait-ce que par son exotisme. Car, s'il est vrai que la science n'a pas de patrie, indubitablement l'esprit scientifique en a une. Et il appartient à l'esprit scientifique français, clair et précis, de passer au crible de sa critique, pour y porter la lumière, toutes ces prétendues nouveautés obscures et nuageuses qui, pour la plupart d'entre elles, ne sont que des rajeunissements de découvertes cliniques faites, il y a longtemps, chez nous, par des maîtres à jamais illustres, alors qu'ailleurs on balbutiait à peine les premiers éléments de la psychiatrie, et qui ont poussé cette science spéciale à un niveau si élevé, que celui-ci n'a pas depuis été dépassé, ni même égalé.

Simultanément, avec ces questions doctrinales, ont figuré, Messieurs, dans nos ordres du jour, de nombreuses communications essentiellement cliniques, faites tantôt par nos collègues chefs de service, tantôt par des internes des asiles d'aliénés. On peut dire, vu leur quantité, qu'il n'y a pas eu de réunions de la Société sans que nous entendions au moins une d'elles.

Il convient de rappeler les deux observations présentées et commentées par notre collègue M. Ségla, avec son talent et son habituelle maîtrise cliniques ;

La communication de M. Briand, lue par son interne, M. Brissot, sur « la pathogénie de certaines formes délirantes associées ». Six observations confirment cette vérité clinique, déjà signalée par M. Magnan, M. Briand le fait remarquer, qui a écrit « qu'une héré-

« dité double peut donner naissance à un être pathologique double, à un sujet à la fois épileptique et « vésanique » ;

Celle de MM. Valensi et Georges Lerat sur « un délire de médiumnité à caractère polymorphe, survenu à la suite de séances de spiritisme ». C'est un cas qu'on peut rapprocher du délire qui éclate, chez certaines femmes dégénérées et débiles, à la suite de visites chez des cartomanciennes prédisant l'avenir à leurs clientes. A l'Infirmerie spéciale, il n'est pas très rare de rencontrer des exemples de ce genre.

Dans la séance de mai dernier, MM. Marchand et H. Nonet ont lu un travail sur le cas d'une femme épileptique, chez laquelle apparut rapidement la démence, et dont l'autopsie fit découvrir des lésions méningo-corticales.

Vient ensuite la communication de MM. Sizaret et Ravarit, sur un cas de « paramyoclonus multiplex, voisin du type de Friedreich » chez un comitial, à la suite d'un traumatisme.

M. Trénel, à son tour, nous a intéressés par la présentation d'un dessin satirique, paru dans un journal allemand contemporain, sur la prolongation exagérée des bains dans le traitement de la folie, et par la communication d'un passage, extrait de l'œuvre de Cervantès, qui a donné, tout au long, la description du délire de négation. Puisse cette communication inciter à fouiller dans la littérature française et étrangère, et nul doute qu'on y découvrirait des descriptions, très précises, de délires et d'états manifestement vésaniques.

Dans la séance du mois de juillet, M. Leroy, de son côté, a appelé l'attention de la Société sur une forme peu commune d'hallucinations : « Les hallucinations lilliputiennes ». Et il s'en est suivi une exposition de faits analogues, cités par nos collègues MM. Trénel et de Clérambault.

MM. Binet et Simon, dans une de nos dernières réunions, ont communiqué un travail sur « la nécessité d'une méthode applicable au diagnostic des arriérés militaires ». C'est là, assurément, une très grosse et très urgente question, qui devrait être élaborée par qui de droit. Cette urgence ressort bien, du reste, des

exemples attristants d'incorporation dans l'armée d'infortunés arriérés, signalés par nos collègues Briand, Roubinowitch, Legrain, Pactet, qui, simultanément, ont examiné le procédé des « tests », proposé par les auteurs du travail communiqué. Il est bon d'ajouter que, d'après des indications apportées à la Société de médecine légale, il semble bien que l'autorité militaire se préoccupe actuellement de cette très importante question de l'incorporation des mentalement arriérés.

Il me faut aussi rappeler un travail entrepris par MM. Benon et Froissart, sur « les conditions sociales et individuelles de l'état de fugue ». Ce travail est manifestement le résultat d'un effort considérable, et il fait d'autant plus regretter qu'il n'ait pas abouti à des déductions nettement pratiques.

En dernier lieu, je dois signaler les trois observations que nous devons à M. Nandascher, interne des Asiles, et qui portent sur des cas d'hallucinations spéculaires ou autoscopiques.

Là s'arrête, Messieurs, l'énumération, touffue et rétrospective, des labeurs variés auxquels s'est livrée notre Société pendant l'année qui vient de finir. Et si l'on a dit, avec raison, que le mouvement se démontrait en marchant, incontestablement vous pouvez constater que notre Compagnie a prouvé sa réelle vitalité en marchant beaucoup... scientifiquement, donnant ainsi la preuve d'un entrain qu'on peut justement qualifier de juvénile, quoique notre Société ait dépassé la cinquantaine. Enfin, je vous signalerai avec joie, Messieurs, que l'année 1909 a été, pour notre Société, mieux partagée que sa devancière, en distinctions honorifiques et en récompenses académiques.

M. Ritti, notre distingué secrétaire général, ayant dû prendre sa retraite de médecin de la Maison Nationale de Charenton, a reçu de l'Administration de l'Intérieur une médaille d'argent, bien faible témoignage de remerciements, et sans doute de reconnaissance, pour son long dévouement professionnel.

Notre excellent collègue M. Picqué a été nommé officier de la Légion d'honneur.

M. Marie, membre correspondant de notre Société, a été élevé au même grade.

M. Voisin, membre honoraire de notre Compagnie, après un prolongé service hospitalier, a reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Enfin, MM. Marchand, Rodiet, Lallemand, membres correspondants, ont eu la satisfaction, partagée par leurs collègues de la Société, de voir couronner, par l'Académie de Médecine, les mémoires qu'ils avaient envoyés aux Commissions des prix.

J'ai fini, Messieurs ; mais, en terminant, je tiens à exprimer ma plus vive gratitude aux membres du Bureau. A M. Arnand, notre vice-président ; à notre secrétaire général, M. Ritti ; à nos secrétaires des séances, MM. Dupain et Vigouroux ; à M. Pactet, notre trésorier ; à M. Boissier, notre archiviste, j'adresse mon plus cordial merci pour la collaboration amicale qu'ils ont bien voulu m'apporter en toutes circonstances.

Et maintenant, mes chers Collègues, conformément au très sage règlement de notre Compagnie, je descends du fauteuil présidentiel, pour redevenir simple soldat, situation conforme à mes goûts ; et, en rentrant dans le rang, j'emporte et conserverai toujours, soyez-en bien assurés, le souvenir à jamais inoubliable et profondément reconnaissant du haut témoignage d'estime que vous m'avez donné en l'an 1909.

M. ARNAUD. — Mes chers Collègues, quand vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à présider vos séances, j'ai éprouvé un sentiment d'intime satisfaction que je ne songe aucunement à vous dissimuler. J'ai vu surtout, dans votre désignation, une marque de sympathie qui m'a beaucoup touché, et dont je vous remercie de tout cœur.

A cette satisfaction se mêle, cependant, une certaine confusion, si je compare mes faibles mérites à ceux de la longue suite de nos anciens présidents, dont les noms forment comme l'Armorial de la médecine mentale française. Et c'est pourquoi je ne puis m'empêcher d'évoquer la mémoire de ceux de mes prédécesseurs qui furent mes maîtres, et envers qui je me sens redevable de l'honneur que vous avez voulu me faire. J'adresse à ceux qui sont morts un souvenir ému : au professeur Benjamin Ball, dont j'ai été l'interne à Sainte-Anne ;

à J. Cotard, dont je n'ai pu suivre que trop peu de temps les conseils et la direction; à J. Falret, surtout, envers qui j'ai contracté une dette particulière de gratitude. J. Falret n'a pas été seulement un des membres les plus éminents de notre Société, qu'il a présidée par deux fois; il reste l'un des plus considérables représentants de la médecine mentale dans notre pays. La plupart d'entre vous ont connu J. Falret. Tous vous connaissez son œuvre, demeurée solide parce qu'elle est riche en idées neuves et personnelles, et parce qu'elle est fondée sur la plus pénétrante observation clinique. Pendant les treize années d'intime collaboration que j'ai vécues près de lui, j'ai pu apprécier mieux que d'autres l'étendue et la finesse de son esprit, et aussi ses belles qualités morales, son inépuisable bonté, qu'il poussait jusqu'à l'abnégation de soi. Le nom de J. Falret est assuré de vivre dans nos souvenirs.

Il est un autre de mes maîtres que j'ai la grande joie de saluer ici: c'est M. Vallon. Il a été mon premier maître; pendant mes deux années d'internat dans son service de Villejuif, il m'a initié à l'étude difficile et captivante des maladies mentales, et il m'a fait comprendre, par son exemple quotidien, ce que doit être un médecin d'asile dévoué à ses malades, pleinement conscient de ses devoirs et de sa responsabilité. Le souvenir de ses conseils, de sa bienveillante direction ne s'est pas effacé de mon esprit, et je suis heureux d'adresser aujourd'hui à M. Vallon un public hommage de reconnaissance et d'affection.

Mes chers Collègues, permettez-moi d'exprimer un vœu que tous nos présidents ont dû formuler, au moins tacitement, au moment d'inaugurer leurs fonctions. Je souhaite que cette année soit particulièrement riche, pour notre Société, en travaux et en communications. Aussi bien, les circonstances me semblent-elles très favorables à la réalisation de ce vœu. Ces circonstances favorables, je les vois d'abord dans la vitalité de la Société médico-psychologique. Elle est plus jeune, plus féconde que jamais, cela n'est pas douteux, puisqu'elle a pu récemment donner naissance à deux filles vigoureusement constituées et qui déjà marchent dignement sur les traces de leur vénérable mère. Reposée mainte-

nant des fatigues de cette maternité tardive et, tout de même, un peu pénible, notre Société se doit à elle-même de continuer à donner l'exemple de la marche en avant dans la voie du progrès scientifique!

D'autre part, l'heure est extrêmement propice au travail. Dans tout le domaine de la pathologie mentale, les vieilles formules sont délaissées, les systèmes anciens sont renversés ou, tout au moins, ébranlés; le terrain est encombré de débris dont les uns ne sont plus que des ruines, mais dont les autres forment encore des blocs résistants, qui n'attendent, pour reprendre dans le futur édifice scientifique leur place légitime, que la main experte d'un habile metteur en œuvre. Ce reconstruteur, ce Jussieu de la pathologie mentale que J. Falret, il y a un demi-siècle, appelait de ses vœux, nous le réclamons toujours. Peut-être est-il parmi vous, et déjà appliqué à l'ouvrage?... Si nous devons l'attendre longtemps encore, il dépend de vous, en quelque manière, de faciliter et de hâter sa venue, en aidant à la mise au point des matériaux que nous possédons et en apportant quelques-uns des matériaux nouveaux destinés à combler des lacunes encore trop nombreuses. Je fais appel à l'activité et à la bonne volonté de tous pour qu'il en soit ainsi!

Il me reste à remplir l'agréable devoir de remercier en votre nom notre président sortant, M. Legras, de l'aimable courtoisie avec laquelle il a dirigé nos débats, et notre secrétaire général, M. Ritti, dont le zèle et le constant dévouement découragent l'éloge.

Je ne puis résister au plaisir de féliciter mon ami Sérieux, que vous avez élu vice-président pour 1910. Ses travaux, nombreux et dès longtemps remarqués, justifient pleinement cette distinction, à laquelle j'applaudis avec d'autant plus de joie qu'une bonne et toujours fidèle amitié nous unit depuis plus de vingt ans. Je suis heureux de lui souhaiter une cordiale bienvenue.

M. HENRI COLIN. — Je remercie M. le Président de m'avoir accordé la parole. J'ai du reste un seul mot à dire au sujet du décret qui réglemente, une fois de plus, le concours de l'adjuvat, c'est qu'à mon avis les mesures édictées ouvrent la porte à toutes les compromissions et à toutes les incorrections.

C'est pourquoi j'ai été particulièrement heureux de trouver une définition précise du nouveau régime. Jelis, en effet, dans le *Journal officiel* (n° du 26 février 1910, p. 1634), un arrêté dans lequel on désigne sous le nom de *triage au sort* le procédé qui a servi à choisir les juges du prochain concours. On serait tenter de penser que « la justice immanente » n'est pas un vain mot.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Nageotte, qui demande l'honorariat. — M. Nageotte est nommé, à l'unanimité, membre honoraire ;

2° Une lettre de M. Pandy, membre associé étranger, faisant part à la Société de sa nomination de docent de psychiatrie et de neurologie à l'Université de Budapest ;

3° Une lettre de M. Victor Delfino, de Buenos-Ayres, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Legras et Ritti, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Entérocolite. Estomac et système nerveux*, par M. L. Pron ;

2° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéros de janvier et de février 1910.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1910.

PRIX AUBANEL. — Question : *Etude clinique de l'insomnie dans les maladies mentales.*

Un seul mémoire a été envoyé ; il a pour auteur M. le Dr Calmettes, médecin-adjoint de l'asile de Nançeat (Hante-Vienne).

PRIX BELHOMME. — Question : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

Pas de mémoire envoyé.

PRIX ESQUIROL. — Un seul mémoire a été envoyé : *Etude historique, clinique et médico-légale des fugues en*

pathogénie mentale, par MM. Benon et Froissart, médecins-adjoints des asiles d'aliénés.

Nomination des Commissions de prix.

PRIX AUBANEL. — MM. Colin, Dupré, Legras, Seglas, Vigouroux.

PRIX ESQUIROL. — MM. Leroy, Pactet, Semelaigne, Ternel, Vallon.

Rapport sur les candidatures à deux places de membre titulaire.

M. LEROY. — J'ai l'honneur de vous présenter le rapport de la Commission composée de MM. Magnan, Blin, Picqué, Semelaigne, Vallon, Leroy, sur les candidatures de MM. Rogues de Fursac et Truelle au titre de membres titulaires.

M. Rogues de Fursac jouit depuis longtemps d'une notoriété scientifique connue. Externe des hôpitaux en 1894, interne des asiles de la Seine en 1897, il fut successivement chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise) et au pensionnat de Ville-Evrard, médecin en chef des asiles de la Seine, à la suite d'un brillant concours en 1908.

Tout jeune, il s'est signalé par des travaux dénotant les plus remarquables qualités d'observation et une profonde érudition. Sa thèse sur les *Signes physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux* a été couronnée par la Faculté en 1899. Vous connaissez tous son *Manuel de psychiatrie*, qui a déjà eu trois éditions françaises et deux éditions anglaises. Ce livre excellent, modèle de précision, est un des meilleurs traités dont s'honore la psychiatrie française.

Dans un volume paru en 1905, *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales*, ouvrage contenant de curieux documents, M. de Fursac s'est efforcé de faire la clinique des écrits et des dessins des malades et de mettre en lumière les signes qui permettent de les utiliser pour le diagnostic. Il a exploré

une voie peu connue et en a tiré des conclusions fort instructives.

Notre confrère ne s'est pas contenté d'étudier la clinique pure, il a mis ses connaissances psychiatriques au service de la psychologie morbide et de la sociologie. Dans un article paru en 1907 dans la « Revue philosophique » sur l'*Avarice*, il a montré que cette passion anormale est celle qui mérite le mieux d'être assimilée aux maladies de l'esprit. La personnalité mentale de l'avare se caractérise, avant tout, par l'absence d'imagination, la réduction de l'activité, la disparition des sentiments affectifs, en dehors du sentiment de possession. Chez les avares, l'hérédité morbide a la même fréquence que dans les maladies mentales en général.

Citons encore une étude de psychologie religieuse sur l'attentat de Damiens, déséquilibré ambitieux et violent ayant agi sous l'influence d'une impulsion obsédante, et enfin un travail sur *Un mouvement mystique contemporain, le réveil religieux du pays de Galles en 1904-1905*. Au point de vue psychiatrique, le mouvement mystique en question a eu une double influence : 1° Une influence favorable en diminuant l'alcoolisme ; 2° une influence défavorable en augmentant le nombre des folies mystiques. Ce livre contient une étude détaillée intéressante sur plusieurs points relatifs à la psychologie religieuse, notamment à propos des conversions.

Votre Commission ne peut naturellement donner qu'un résumé très incomplet de l'œuvre de M. de Fursac. Elle en apprécie unanimement la valeur.

M. Truelle est également un aliéniste de grand mérite, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue professionnel. Successivement externe des hôpitaux, interne des asiles de la Seine, reçu le premier au concours de l'adjuvat en 1900, il a dirigé pendant huit années la colonie familiale de Dun-sur-Auron, d'abord comme médecin-adjoint, puis comme médecin en chef. Il est actuellement directeur-médecin de l'asile de Moisselles.

Dans sa thèse : *Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires*, M. Truelle s'est attaché à prouver que la cause essentielle du délire chez les opérés réside

dans les prédispositions héréditaires ou acquises des sujets. Le traumatisme, l'infection, l'auto-intoxication seraient le plus souvent des causes occasionnelles, au même titre qu'un chagrin moral ou une perturbation physique quelconque.

Pendant son séjour à Dun-sur-Auron, notre confrère a acquis la plus grande compétence sur ce mode d'hospitalisation des aliénés et, dans une série de rapports instructifs, il a contribué à en faire connaître les avantages et à en fixer les règles.

La vie professionnelle si active qu'il menait à la Colonie ne l'a pas empêché de produire de nombreux travaux scientifiques. Citons parmi les principaux : *Les délires dans la paralysie générale* (prix Civrieux 1899); *Considération sur le délire des actes dans la paralysie générale*; *Sur un cas d'amnésie continue consécutif à une tentative de suicide par l'oxyde de carbone* (en collaboration avec le D^r Petit); *Deux cas d'amnésie continue*; *Sur une dégénérée mystique* (en collaboration avec le D^r Capgras); *Paralysie ou démence organique par lésions multiples*; *Ataxie-abasie délirante ou simulée*.

Toutes ces publications se font remarquer par la précision de l'observation et l'intérêt du développement. Vous n'avez pas oublié le rapport fait par M. Dupain sur les travaux de M. Truelle, en 1901, lorsque votre Société lui a conféré le titre de membre correspondant. Ce rapport nous dispensera d'entrer dans de plus grands développements, mais nous tenons à vous en rappeler les termes élogieux et à nous associer à ses conclusions.

Votre Commission est heureuse de proposer simultanément à vos suffrages ces deux candidats, dont vous avez pu apprécier la valeur scientifique. Ils apporteront tous les deux, à la Société médico-psychologique, leur part d'activité et leur collaboration autorisée.

Sur 24 votants, MM. Rogues de Fursac et Truelle obtiennent chacun 23 voix et sont élus membres titulaires de la Société.

Définition de l'idiotie et de l'imbécillité.

Par MM. A. BINET et TH. SIMON.

Qu'est-ce qu'un idiot?

Qu'est-ce qu'un imbécile?

On a senti depuis longtemps la nécessité de nommer à part, par des vocables particuliers, l'état des sujets qui ne jouissent pas de l'intelligence moyenne; mais quel sens exact ont ces dénominations? En quoi l'idiot et l'imbécile sont-ils différents? Comment les reconnaître et de telle manière qu'il n'y ait pas de divergence entre les diagnostics portés sur eux? Telle est la question que nous voudrions examiner devant vous.

Quand on recherche comment les auteurs ont fait les classifications des divers états de déficience, on s'aperçoit que, partant de points de vue très différents, ils arrivent à des définitions qui ne coïncident pas. Les uns cherchent un point d'appui dans l'étiologie et décriront, par exemple, une idiotie myxœdémateuse; — d'autres auteurs font appel à l'anatomie pathologique; la classification la plus complète dans ce genre est celle de Bourneville; — la plupart des aliénistes, enfin, proposent des classifications cliniques, fondées sur le degré de l'arriération.

Les classifications étiologique et anatomopathologique ne nous paraissent pas répondre à tous les besoins de la pratique, car il est absolument nécessaire de classer les sujets suivant les services qu'ils peuvent encore rendre, suivant les conditions de milieu auxquelles ils peuvent s'adapter, bref, selon leur degré d'arriération; or, ni leur étiologie, ni les lésions dont ils sont porteurs, ne présentent une relation proportionnelle avec cette arriération. Ainsi tous les myxœdémateux ne sont pas également bas, il peut y en avoir qui restent au niveau de l'idiotie, tandis que d'autres s'élèvent jusqu'à la débilité. Et nous pourrions faire les mêmes remarques relativement aux microcéphales ou aux déficients par lésions circonscrites du cerveau.

En vérité, toutes ces classifications sont bien valables

si l'on veut, elles nous apprennent toutes quelque chose; en présence d'un cas particulier, ce sont autant de diagnostics à faire; mais il y en a une qui les domine: c'est la classification clinique par le degré de l'arriération. Elle les domine par bien des raisons. Notons-en seulement deux principales: 1° tandis que la classification étiologique exige une enquête, une connaissance des antécédents, tandis que la classification anatomo-pathologique peut nécessiter l'autopsie, la classification par le degré d'arriération est immédiate et directe; 2° sauf peut-être pour l'idiotie myxœdémateuse, et encore, c'est la classification par le degré d'arriération qui a le plus de valeur pratique, pour répartir les sujets, les faire bénéficier de l'assistance, et utiliser leur travail.

Mais comment a-t-on compris jusqu'ici ce dernier genre de définition? On n'a cherché malheureusement à y introduire aucune précision; on s'est borné à affirmer simplement l'évidence de différences intellectuelles entre l'idiot et l'imbécile, et on n'a pas apprécié autrement ces différences qu'en les qualifiant de plus ou de moins. Un peu plus d'intelligence, c'est l'imbécile; un peu moins, c'est l'idiot. Voilà ce qu'on trouve dans les traités les plus récents et les meilleurs. Quelques citations suffiront à le montrer. Rogues de Fursac, dans la dernière édition de son traité (1), paraît se rallier simplement à la classification psychologique de Sollier (2); or celui-ci distingue l'idiot et l'imbécile par le degré de l'attention, laquelle est plus ou moins accusée. Nous n'avons pas à rechercher ici si cette conception est juste ou non; peut-être pourrait-on l'interpréter favorablement en remarquant que bien des aliénistes, Esquirol par exemple, ont pris le mot attention dans le sens large de processus supérieurs de l'esprit, et qu'à ce compte l'idée de Sollier n'est pas sans valeur théorique. Mais plaçons-nous au point de vue pratique. Nous le demandons à tous les cliniciens: si on hésite pour un sujet, si on ne sait pas dans quel groupe de déficients le classer, est-ce que la formule de Sollier peut rendre

(1) Rogues de Fursac, *Manuel de Psychiatrie*, 1908.

(2) Sollier, *La psychologie de l'imbécile*. Paris, Alcan.

le moindre service, puisque cette formule n'indique ni l'observation ni l'expérience à employer pour mesurer l'attention, ni les résultats à obtenir pour faire d'un malade un idiot, et d'un autre un imbécile? Nous sommes persuadés d'ailleurs que Sollier n'a point songé à faire une définition susceptible de rendre des secours pratiques, et ce serait mal le comprendre que de lui reprocher une erreur qu'il n'a pas commise. Toujours est-il que la considération de la faiblesse de l'attention ne peut nous fournir le criterium dont nous avons besoin.

Ouvrons maintenant le Traité de Régis. Dans sa dernière édition, qui est de 1909, il divise les déficients en deux classes : imbéciles et idiots, et ces derniers en deux sous-groupes. Il existerait donc des imbéciles, des idiots du 2^e degré et des idiots du 1^{er} degré. Nous n'avons point d'objection importante à faire contre ces coupures, bien que nous ne comprenions pas bien pourquoi les imbéciles, qui forment un groupe considérable de sujets, à aptitudes très variées, se sont vu refuser l'honneur d'une subdivision. Mais examinons comment Régis apprend à répartir les sujets dans ces trois groupes, par quels caractères précis il enseigne à faire cette répartition. Nous serons étonnés par le vague, l'imprécision des formules, par l'abus des impressions subjectives, et la contradiction de beaucoup de termes.

Voici d'abord ce qui concerne les imbéciles :

« Au point de vue psychologique, écrit-il, les imbéciles ne possèdent qu'une somme *plus ou moins restreinte* d'intelligence ; susceptibles d'acquérir une teinte légère et superficielle en toutes choses, ils sont incapables d'une ligne de conduite correcte et suivie, de rien faire de sérieux. Cependant, certains d'entre eux se font remarquer *comme les faibles d'esprit, mais à un degré moindre*, par des aptitudes artistiques plus ou moins brillantes, de grandes qualités de mémoire et souvent aussi par une certaine vivacité d'esprit, une promptitude et une finesse de répartie qui font qu'ils ont toujours le dernier mot, et mettent les rieurs de leur côté. »

Voilà certainement un joli portrait d'imbécile, vivement troussé et qui fait image ; on se demande seulement s'il n'est pas un peu flatté, et si beaucoup de nos imbéciles d'asile ressemblent à ces bouffons sarcastiques des

anciennes cours royales, dont Régis semble avoir évoqué le souvenir historique. Nous nous imaginons que bien des imbéciles ne méritent pas un tel éloge d'esprit, et nous le leur refusons d'autant plus volontiers que nous savons bien des normaux auxquels il ne conviendrait pas. Mais, ces critiques mises à part, n'est-il pas évident que cette définition de Régis ne peut prêter à aucun diagnostic? Il s'agit de mesurer un niveau, d'y apporter de la précision; l'auteur, à qui on pose une question nette, répond toujours par une phrase vague : *une somme plus ou moins restreinte d'intelligence*, dit-il, voilà ce qui caractérise un imbécile. C'est comme si l'on disait : une somme plus ou moins grande d'argent, voilà ce qui caractérise un riche.

La définition de l'idiot n'est pas plus satisfaisante. Prenons les idiots du 2^e degré. Régis nous apprend qu'ils tiennent le milieu entre les imbéciles et les idiots complets, ce qui, en effet, n'était pas difficile à prévoir. Mais qu'ont-ils comme degré d'intelligence permettant de les reconnaître? « Intellectuellement, dit l'auteur, leurs facultés sont extrêmement bornées, et pour ainsi dire rudimentaires. A part quelques aptitudes artistiques isolées, ils n'ont aucune intelligence à proprement parler. »

Nous nous demandons quel sens précis on peut bien attacher à de pareilles formules : « facultés extrêmement bornées, facultés rudimentaires, n'avoir aucune intelligence ». Non seulement on ne peut rien tirer de ces phrases pour savoir si un individu quelconque est un idiot ou un imbécile, mais encore on se demande avec un peu d'inquiétude, quand on voit avec quelle sévérité l'auteur traite les idiots du 2^e degré, c'est-à-dire les idiots les plus légers, quels sont les qualificatifs qu'il réserve aux idiots du 1^{er} degré, aux idiots complets. Et, en effet, l'auteur applique à ces derniers des descriptions équivalentes : « Chez eux, dit-il, l'arrêt de développement physique et intellectuel atteint ses dernières limites et se manifeste par l'absence complète d'intelligence et de sentiments. » Comparez et jugez. S'il existe une différence entre « ne pas avoir pour ainsi dire d'intelligence » et « en présenter l'absence complète », elle nous paraît si petite qu'elle en devient négligeable.

Voilà la conséquence où entraîne l'abus d'une phraséologie dans laquelle on emploie des mots auxquels on n'attache pas un sens précis, pratique, contrôlable ; de la meilleure foi du monde on se contredit.

Il doit être bien entendu que nous ne reprochons pas à Régis, plus qu'à Sollier, d'avoir donné un mauvais critérium de la déficience, alors que peut-être il n'a eu l'intention d'en donner aucun ; tout n'est pas d'ailleurs dans les définitions ; les descriptions de ces auteurs contiennent maints détails cliniques justes ; mais ce qui nous importe, c'est de montrer qu'un critérium est nécessaire pour distinguer l'imbécile de l'idiot, et que le traité de Régis n'en constate pas la lacune. Et c'est là peut-être ce qu'il y a de plus significatif.

Nous ne citerons plus qu'un auteur, mais il a une autorité considérable et une influence universelle, c'est Kraepelin. Nous connaissons de nos confrères qui appellent respectueusement son traité la Bible des aliénistes. Il est vrai qu'on ne risque point d'excommunication à en discuter les textes. Selon Kraepelin, l'idiotie devrait s'entendre des sujets dont le développement correspond à celui des enfants jusqu'à l'âge de sept à huit ans ; l'imbécillité, des sujets dont le développement intellectuel dépasse celui de cet âge sans atteindre la pleine maturité. Il semble d'abord que cette admirable précision va enfin faire faire un pas décisif à la question. Hélas ! on est bientôt déçu. On reste surpris, en effet, après ce début prometteur, de retrouver des phrases aussi vagues que les suivantes, auxquelles des auteurs français n'ont rien à envier : « Chez l'imbécile, aucune fusion ne se fait des expériences isolées en représentations générales... l'essentiel ne se sépare pas de l'accidentel... le domaine des images reste pauvre... la marche des idées maladroite, etc., etc. »

Nous sommes étonnés vraiment que ce grand esprit, qui a mis tant de soin dans les affaires de diagnostic différentiel, se contente ici de ces phrases si vagues, dont aucun diagnostic ne peut sortir :

On peut prévoir que cette incertitude de critérium de l'idiotie doit avoir un retentissement fâcheux dans la pratique.

Nous avons rappelé ailleurs, après M. Blin, combien

les mêmes certificats peuvent être contradictoires pour un même sujet, à quinze jours d'intervalle. Ajoutons aujourd'hui une autre remarque, qui ne manque pas de quelque intérêt : si l'on compulse les certificats portés sur une série de sujets par des médecins non spécialistes et par des aliénistes, on remarque que les aliénistes sont d'ordinaire indulgents et emploient volontiers l'expression *imbécillité*, tandis que les médecins qui ne sont pas dans la spécialité sont autrement sévères et voient dans tout arriéré un *idiot*. Et cela se comprend : comme l'emploi de ces termes scientifiques n'est, selon un mot très juste de Trénel, qu'une « question d'appréciation », l'aliéniste qui trouve dans sa pratique les degrés les plus divers de l'arriération a des points de comparaison multiples et fait des appréciations nuancées ; les médecins qui n'ont aucun repère ou qui ne peuvent comparer un arriéré qu'à un normal ne voient que des différences énormes et ils vont tout de suite aux termes les plus énergiques pour exprimer de grands contrastes.

Et ces désaccords sont toujours fâcheux, ils ne peuvent que nuire à l'autorité de l'aliéniste dans l'esprit du public d'abord, et aussi, ce qui est plus grave, dans l'esprit du magistrat. Dites à un magistrat que tel inculpé est un imbécile, si un autre l'appelle débile, le magistrat demandera aux experts de s'entendre, et si ceux-ci n'y arrivent pas, il se fera une regrettable idée de leur autorité scientifique.

Les définitions que nous allons proposer conviennent spécialement à des sujets adultes ; nous laissons de côté les enfants, pour des raisons que nous indiquerons plus loin. Les signes distinctifs que nous nous proposons de décrire sont de valeur telle qu'ils ne se prêtent à aucune équivoque d'interprétation, et que d'emblée, ou après un examen très court, ils permettent de classer tout sujet arriéré dans l'idiotie, dans l'imbécillité ou dans la débilité, ou dans des subdivisions de ces trois grands groupes principaux.

Les éléments de nos définitions sont empruntés à trois domaines :

- 1° Le langage parlé et écrit ;
- 2° Le niveau intellectuel, mesuré par des tests ;

3° Le niveau hospitalier, apprécié par les qualités de travail dont le sujet est capable.

Il y a là trois méthodes parallèles, équivalentes, concordantes, aptes à se suppléer l'une l'autre ou à se compléter. Et, de fait, il nous paraît bien préférable de juger d'un sujet par un ensemble que par l'étude isolée d'une fonction.

A. L'épreuve du langage est la première épreuve par laquelle il convient de commencer l'examen d'un sujet, parce qu'elle est la plus courte, la plus simple, la plus topique. Nous formulerons comme suit les conclusions auxquelles l'état du langage nous conduit :

1° *Est idiot tout sujet qui n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables, c'est-à-dire qui ne peut ni exprimer verbalement sa pensée, ni comprendre la pensée verbalement exprimée par d'autres, alors que ni un trouble de l'audition, ni un trouble des organes phonateurs, ni un défaut exceptionnel d'éducation n'expliquent cette pseudo-aphasie, qui est due entièrement à une déficience intellectuelle.*

Précisons encore plus : la définition précédente a trait, non pas à une expérience particulière qu'on peut faire sur un sujet, mais à une manière d'être qui lui est habituelle. On envisage les relations sociales que le sujet entretient avec les autres hommes, et on le tient pour idiot si dans ces relations il ne se comporte que comme un animal, ne communiquant ses idées avec ses semblables que par des signes et non par des mots. Il résulte de cette considération que, pour bien faire, il faudrait que l'expérimentateur restât en observation, épiait les relations que le sujet peut avoir avec d'autres, et attendant longtemps, du hasard des rencontres, une occasion où ces relations sociales se manifesteront. Rien ne serait moins pratique. Il faut remplacer l'observation par une expérience précise et instantanée, et voici celle que nous trouvons la plus commode. Trois objets : un couteau, une clef, une montre, sont déposés sur un coin de table. D'un geste, on invite le sujet à les regarder, puis on lui dit : « Donne-moi la montre » ; s'il prend la montre, on lui dit : « Donne-moi le couteau. » Et, très vite, on peut se rendre compte si le

sujet est capable de comprendre ce qu'on lui demande verbalement, et d'associer une chose à un mot.

2° *Est IMBÉCILE tout sujet non idiot qui n'arrive pas à communiquer par écrit avec ses semblables, c'est-à-dire qui ne peut pas exprimer sa pensée par l'écriture, ni comprendre ce qu'il lit, alors qu'aucun trouble de la vision, ou aucune paralysie motrice du bras, ou aucun défaut exceptionnel d'instruction n'expliquent la non-acquisition de cette forme du langage, défaut d'acquisition qui est dû à une déficience intellectuelle.*

Cette définition est du même genre que la précédente : elle porte sur le même fait important, des relations sociales que les individus contractent pour échanger leurs idées ; seulement, le signe qui sert à la communication des idées est plus compliqué, plus intellectualisé que la parole, c'est l'écriture, laquelle exige, comme on sait, une civilisation supérieure. Nous empruntons donc notre définition à un ordre de faits naturels et non à une petite expérience dont on pourrait nous objecter l'artifice.

Nous avons d'abord supposé que pour tester la capacité de se servir de l'écriture pour l'expression de la pensée, on pouvait employer le procédé suivant : faire imprimer des ordres et les faire lire à des sujets, sans ajouter aucune indication ; on aurait vu, à la manière dont ils se comportaient, s'ils avaient compris ou non l'ordre écrit. Une surprise nous attendait. Nous avons fait imprimer les ordres suivants : « Ouvre ta bouche ! — Ferme la porte ! — Lève-toi de ta chaise ! » Nos débiles, ceux qui étaient capables de lire, regardaient curieusement ces ordres écrits ; puis, après avoir pris le temps de les lire, ils nous regardaient, indécis, ne comprenant pas qu'il s'agissait d'actes à exécuter, et ne présentant aucune velléité de s'y conformer. Il fallait donc renoncer à cette procédure qui manque de clarté pour ces natures simples. Nous proposons deux moyens plus directs : le premier consiste à dicter quatre ou cinq mots. Si le sujet est capable de les écrire sous dictée de manière lisible et reconnaissable, — toute question d'orthographe mise à part, — le degré est franchi. L'autre moyen est de faire lire à haute voix un

fait divers de journal ; puis, la lecture terminée, on demande au sujet de raconter ce qu'il a lu, et, s'il en a gardé seulement quelques souvenirs exacts, on se déclare satisfait, et on en fait au moins un débile.

Voilà le fait divers que nous utilisons :

« Trois maisons en feu.

« Châlons-sur-Marne, 5 septembre 1908. Un immense incendie vient de détruire la nuit dernière trois immeubles situés au centre de la ville.

« Dix-sept ménages sont sans abri. Les pertes dépassent 150.000 francs.

« En sauvant un enfant au berceau un garçon coiffeur a été grièvement blessé aux mains. »

Si notre sujet répond : « Il y a eu le feu. Il y a eu un garçon blessé », cela nous suffit pour affirmer qu'il a compris quelque chose de sa lecture ; ce n'est donc pas un imbécile, mais un débile, et peut-être un normal.

Si commodas qu'elles soient, les épreuves par le langage ne suffisent point, car il est des cas où elles restent inapplicables. Quand on a affaire à un individu sourd, comment savoir si son intelligence serait capable de comprendre le langage ? Quand on a affaire à un individu qui ne peut ni lire ni écrire, comment savoir si ce n'est pas son défaut d'instruction qu'il faut incriminer ? Pour répondre à ces doutes et fixer l'interprétation, d'autres épreuves sont nécessaires.

B. *Le niveau intellectuel.* Il s'agit ici de mesures de niveau, faites avec les *tests* que nous avons déjà eu l'occasion d'exposer : on nous dispensera de les exposer encore une fois (1). Voici les définitions qui en dérivent :

Est IDIOT tout sujet qui ne dépasse pas le niveau intellectuel d'un enfant de deux ans.

Est IMBÉCILE tout sujet dont le niveau intellectuel est compris entre celui de deux ans passés et celui de sept ans.

Est DÉBILE tout sujet dont le niveau est supérieur à celui de sept ans.

(1) Voir Binet et Simon. Le développement de l'intelligence chez les enfants. *Année psychologique*, Paris, Masson, 1908, t. XIV, p. 1.

Nous ne donnerons que deux courts exemples. Voici un microcéphale de vingt-quatre ans : il ne sait ni lire ni écrire, il ne fait aucune épreuve de cinq ans ; parmi les épreuves répondant à l'âge de sept ans, il répond seulement à deux, celle qui consiste à lui demander combien il a de doigts et celle qui consiste à nommer quatre pièces de monnaie ; il réussit toutes les épreuves de six ans sauf une. Il a donc un développement d'enfant de six ans : il est affecté d'imbécillité.

Voici un autre malade ; il a quarante ans ; il ne sait non plus ni lire ni écrire, mais il compte cependant 3 sous simples et 3 sous doubles ; il compare deux objets de souvenir, il nomme les couleurs ; il accomplit, par conséquent, les épreuves de huit ans qui ne comportent pas d'instruction scolaire proprement dite. Nous sommes dès à présent fixés. De toutes façons pour nous, malgré son absence d'instruction, nous n'appliquerons pas à ce sujet, qui répond comme un enfant de huit ans, l'étiquette d'imbécile.

C. *Le niveau hospitalier.* C'est là une question nouvelle, que nous sommes heureux de traiter pour la première fois devant la Société. Nous allons résumer là des recherches pour lesquelles nous devons des remerciements spéciaux à M. Hamel, qui a facilité notre travail chez les hommes, et à M. Lallemand, qui l'a facilité chez les malades femmes. Nous nous sommes proposé de savoir si, dans la manière dont il prend part à la vie de l'asile, l'arriéré marque à quel degré de conservation de ses facultés il s'est arrêté. La vie de l'asile, si simplifiée qu'elle soit, n'est pas sans exiger de la part des internés un certain nombre d'actes d'adaptation dont quelques-uns sont même assez complexes. Nous avons relevé dans le tableau suivant toute une série de ces actes d'adaptation, choisis parmi ceux qui sont les plus habituels, ceux qui rentrent dans la vie régulière de l'asile, et nous avons établi une hiérarchie parmi ces actes en groupant en premier ceux dont l'exécution exige le moins d'intelligence, et à la suite ceux dont l'exécution est plus difficile. Pour établir cet ordre, le moyen qui nous a servi est l'application de l'adage bien connu : qui peut le plus peut le moins. Les épreuves les plus faciles sont celles qui

restent accessibles à tous ; les plus difficiles sont celles qui ne se laissent pratiquer que par un petit nombre.

Enfin, nous avons indiqué quels sont les sujets capables d'accomplir ces différents actes.

Echelle de niveau hospitalier.

Idiots ayant un niveau de 0 à 2 ans :

- Suivre un objet des yeux.
- Prendre un objet présenté.
- Obéir à un geste simple.

Imbéciles ayant un niveau de plus de 2 ans à 4 ans :

- Se diriger dans la maison.
- Trouver sa place à table.
- Manger seul.
- Se moucher.
- Se déshabiller.
- Se laver les mains.
- Etre propre.
- Passer ses vêtements, mettre ses bas et ses souliers.
- Agrafer son corsage ou boutonner son veston.
- Traîner une brouette ou porter une charge.

Imbéciles ayant un niveau de plus de 4 ans à 7 ans :

- Balayer.
- Faire un lit.
- Cirer les chaussures.

Débiles ayant un niveau de plus de 7 ans :

- Faire un ourlet.
- Se raccommoder : faire une reprise. Mettre une pièce.
- Se coiffer.
- Laver.
- Repasser.
- Faire un peu de cuisine (soupe à l'oignon ou œuf sur le plat).
- Travailler au jardin. Bêcher.

Il ne manque pas d'autres actions qu'un malade peut faire : patiner, broser, mettre les tapis, cirer, aider à vider les lits de varech, nettoyer les carreaux, accompagner les corvées, habiller, coiffer, faire manger les autres malades, tailler le pain de la soupe, éplucher les légumes, laver la vaisselle ou mettre le couvert, se débarbouiller, etc. Mais l'enquête est, à la vérité, sur

ce terrain particulièrement délicate. Les matières sur lesquelles porte l'appréciation ne sont pas aussi précises qu'on le souhaiterait pour la commodité de l'interprétation. Nous n'avons conservé que les actes les plus expressifs, bien que sans doute ils n'échappent pas non plus complètement à l'imprécision que nous signalons. S'habiller, balayer, faire un lit, ce sont là autant de manifestations dans lesquelles on peut montrer plus ou moins d'imperfection. Nous ne croyons pas qu'il faille chercher trop de minutie. Nous donnerons cependant quelques indications pour certaines épreuves.

Quand nous mentionnons des actes comme se laver les mains et se moucher, si l'on demande à l'infirmier ou aux parents, la réponse qu'on obtient habituellement est qu'il est nécessaire, pour que le malade se mouche, de le lui dire. Nous ne tenons pas compte de ce manque élémentaire de spontanéité. Il nous suffit que le malade sache le faire quand on le lui dit. Il va de soi aussi qu'il ne s'agit pas d'un lavage de main chirurgical. L'action n'est qu'ébauchée : savonnage, mouvements de frottement, rinçage rapide et essuyage; mais il peut rester de la crasse, il en reste même le plus souvent. On ne peut cependant exiger une propreté absolue.

Quand nous marquons plus loin : balayer, faire un lit, nous entendons par là que le malade est susceptible de le faire sans qu'on ait réellement besoin d'intervenir ou que l'infirmier l'utilise à cela. Le malade d'ailleurs peut souvent donner ce renseignement : Qu'est-ce que vous faites comme travail? Je balaye, etc. Naturellement, il faut contrôler.

Il va de soi, enfin, qu'il serait dangereux de vouloir attribuer à l'exécution isolée de l'une ou l'autre de ces actions une signification exagérée. Il faut, de même que pour nos tests psychologiques, tenir compte d'un ensemble d'épreuves.

En nous conformant à ces indications, nous répétons les conclusions suivantes auxquelles nous sommes amenés :

Est IDIOT, tout sujet dont l'activité la plus élevée consiste en la préhension, mais qui reste incapable de se déshabiller, etc.

Est IMBÉCILE, tout sujet qui est capable d'une activité supérieure à la préhension, mais inapte, s'il s'agit d'une femme, à se coiffer ou raccommoder ses vêtements; s'il s'agit d'un homme, à une utilisation qui dépasse une besogne de manœuvres comme de porter des charges ou tourner une roue.

Vent-on établir des degrés plus précis? Rien n'est plus facile pour l'idiotie. On peut distinguer l'idiot avec vie purement végétative, l'idiot avec regard volontaire, l'idiot avec préhension, etc.

En ce qui concerne l'imbécillité, il nous paraît suffisant de distinguer deux degrés d'après nos tests psychologiques et hospitaliers : un premier groupe comprendra les sujets dont le développement correspond à celui d'enfants de trois et quatre ans; s'habiller et traîner une brouette est ce qu'ils peuvent faire.

Un second groupe plus noble, apte à balayer, faire un lit, comprendra les sujets dont le développement est de cinq, six et sept ans.

On pourrait faire à notre projet de distinction et de classification plusieurs objections que nous ne croyons pas justes et auxquelles nous voulons répondre par avance :

1^o La distinction entre l'idiot et l'imbécile par le langage n'est pas récente, puisqu'on en trouve la mention même chez Esquirol; le grand aliéniste l'avait déjà indiquée, mais sans chercher à la développer. Elle est de celles, en effet, auxquelles on pense naturellement.

Quelques auteurs contemporains ont refusé d'en faire usage, en prenant comme argument que le développement du langage n'est point une mesure fidèle du développement de l'intelligence; à l'appui, ils citent volontiers l'exemple de ces imbéciles microcéphales qui sont d'interminables bavards, et qui cependant n'ont aucune vraie supériorité d'intelligence sur des imbéciles plus taciturnes. Ces auteurs iraient volontiers jusqu'à dire que plus un imbécile est loquace, moins il est intelligent. Nous goûtons tout ce qu'on peut mettre de verve et d'esprit dans le développement de cette idée juste.

Nous sommes les premiers à reconnaître qu'on ren-

contre chaque jour des gens chez qui la redondance de la forme cache l'indigence du fond. Mais ce n'est pas la question ; et les aliénistes qui se sont inscrits contre la distinction d'Esquirol ont fait erreur. Nous ne proposons nullement de prendre le bavardage ou la richesse du vocabulaire comme des mesures de l'intelligence chez l'imbécile ; ce que nous proposons est tout différent : c'est de considérer l'existence du langage comme un signe de supériorité intellectuelle. Le bavardage du microcéphale est, du reste, un peu comme la verbigeration du maniaque, une preuve de trouble ou de perversion de la fonction du langage, et si le développement de cette faculté peut être prise comme pierre de touche de l'intelligence, on comprend que sa perversion n'ait pas du tout la même valeur.

2° Quelques aliénistes récents se font un devoir de contester la valeur de nos tests d'intelligence. Nous ne ferons à leur adresse qu'une courte observation. Nous croyons pouvoir constater que les auteurs qui ont parlé de nos travaux se divisent en deux catégories bien distinctes : les uns ont publié longuement leurs expériences, on voit ce qu'ils ont fait, combien de sujets ils ont étudié, quels résultats ils ont obtenus ; à leurs conclusions, ils peuvent bien ajouter des critiques ou des aperçus nouveaux, mais, en général, ces auteurs se montrent favorables à la méthode qu'ils viennent d'éprouver sérieusement. Les autres, au contraire, n'en parlent que pour la condamner, mais ils n'ajoutent à l'anathème l'exposé d'aucun résultat expérimental qui nous démontre qu'ils ont pratiqué la méthode ; nous n'avons à cet égard qu'une affirmation sommaire : « J'ai essayé le procédé, disent-ils, il ne m'a pas paru bon. » La comparaison de ces deux ordres de critiques nous paraît être bien significative. Elle nous encourage à demander aux seconds la preuve qu'ils ont réellement fait le contrôle dont ils parlent. Ce n'est que lorsqu'ils nous auront donné cette preuve que nous prendrons la peine de leur répondre.

3° On pourrait nous reprocher de ne pas faire entrer dans nos définitions l'élément moral. A côté de l'idiot intellectuel, il y a l'idiot moral, caractérisé surtout par la perversité de ses instincts. Quelle place occupe-t-il

dans notre classification ? Quels moyens conseillons-nous d'employer pour l'étudier ? Sur ce point, notre réponse est le silence. Il nous semble légitime de faire une distinction entre l'intelligence et les sentiments affectifs. Nous avons trouvé des idiots tranquilles, d'autres, irritables. De même, si beaucoup d'imbéciles méritent d'être décrits comme pervers ou antisociaux, d'autres sont des modèles de douceur. La nature des sentiments est tellement indépendante de l'intelligence qu'on a parlé d'imbécillité morale chez des sujets très intelligents. La distinction de l'élément intellectuel et de l'élément moral peut donc se faire et se fait en réalité tous les jours. C'est pourquoi il nous a paru légitime de la faire dans nos études, et d'imaginer des méthodes permettant d'apprécier seulement l'élément intelligence. Espérons qu'un jour nous pourrions semblablement mesurer les sentiments moraux. Mais ce n'est encore qu'une espérance.

4° Vous avez pu enfin remarquer que nous n'avons jamais, au cours de cette note, parlé des enfants. C'est, en effet, notre intention expresse de les laisser en dehors de nos définitions.

Pourquoi cela ? Est-ce que les termes d'idiotie et d'imbécillité ne leur seraient pas aussi applicables qu'à des adultes ? On ne voit *a priori* rien de choquant à faire usage de ces mots pour désigner les enfants dont le niveau intellectuel est inférieur au niveau habituel. Mais nous croyons qu'il y a bien des inconvénients pratiques à leur appliquer ces épithètes. Nous ne sommes pas, en effet, encore aujourd'hui capables de prévoir ce que sera le développement d'un arriéré jeune. Voici un enfant de cinq ans qui ne parle pas encore, nous devrions donc, selon nos conventions, en faire un idiot ; mais s'il parle dans un an ou deux va-t-il mériter la dénomination d'imbécile ? Ce sont des changements d'étiquette morbide qu'il est bon d'éviter. Il serait encore plus choquant de dire d'un enfant normal qu'il est idiot aussi longtemps qu'il ne parle pas encore. Comment donc éviter toutes ces confusions ? C'est, à notre avis, de ne pas parler d'idiotie ou d'imbécillité pour des états mentaux en évolution, tout au moins dans l'état actuel de notre science. Nous croyons préférable de

nous borner au terme d'arriération mentale qui réserve l'avenir, en disant pour chaque enfant soumis à l'examen de combien d'années il est en retard sur un développement normal. Nous dirons, par exemple, pour un enfant de dix ans qui ne sait encore que montrer les parties de son visage ou donner son nom de famille : cet enfant est atteint d'*arriération mentale avec un niveau intellectuel de trois ans*.

Il va de soi que nos définitions ne sauraient solutionner toutes les difficultés du problème. Il restera toujours des cas embarrassants ; il y a des infirmités gênantes. Nos définitions ne peuvent tendre non plus à résoudre toutes les questions. La détermination de l'étiologie de l'arriération, son pronostic s'il s'agit d'enfants, certaines particularités du traitement, nécessitent une observation biologique complète. Nous n'avons jamais eu la prétention d'y suppléer. Mais telles qu'elles sont, nos définitions nous paraissent permettre d'étudier de plus près ces problèmes, de mettre les lésions en corrélation avec les degrés de déficience, de juger des effets d'une thérapeutique sur des sujets qui ont été préalablement définis dans leurs capacités intellectuelles, et enfin de faire cesser ces divergences de diagnostic, aujourd'hui si fréquentes entre aliénistes. C'est pour cette raison que nous avons l'honneur de soumettre nos définitions à l'approbation d'une assemblée aussi compétente que la Société médico-psychologique.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 22 MARS 1910.

Présidence de M. ARNAUD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. Marchand, membre correspondant, assiste à la séance.

Correspondance manuscrite et imprimée.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Christian fils, qui accuse réception de la lettre de remerciements qui lui a été adressée ;

2° Une lettre de M. Nageotte remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire ;

3° Des lettres de MM. Rogues de Fursac et Truelle, qui remercient la Société de les avoir élus membres titulaires ;

4° Une lettre de M. Croustel, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Seme-melaigne, Truelle et Dupain, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Rayneau, membre correspondant, qui demande « s'il ne serait pas possible de faire adresser aux membres correspondants comme aux membres titulaires une lettre de convocation aux séances de la Société ».

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, le Conseil de famille de la Société, après avoir examiné la demande de M. Rayneau, propose de faire envoyer les ordres du jour des séances aux membres correspondants qui en feront la demande, et moyennant une rétribution annuelle de 3 francs.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

La correspondance imprimée comprend :

Les *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de mars.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, le Conseil de famille de la Société a été consulté par les membres de la Commission du prix Esquirol sur ce point litigieux : un mémoire qui a obtenu un prix dans une autre Société peut-il être encore admis à un concours de notre Société ? Le Conseil a conclu à la négative, et je viens soumettre à votre vote la proposition suivante :

A l'avenir, un mémoire récompensé par une autre Société ne pourra pas être admis à concourir pour les prix de la Société médico-psychologique.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

Prix Christian (suite).

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, vous avez en connaissance, à notre dernière séance, de l'arrêté préfectoral qui nous autorise à accepter la donation des enfants Christian. Pour prendre possession de titre de rente et en donner décharge au notaire, il nous faut prendre une délibération conforme à celle dont M. le Secrétaire général va nous donner lecture.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Voici ce projet de délibération soumis à votre sanction.

*Extrait du procès-verbal de la séance
du 22 mars 1910.*

« Conformément à l'article 9 du règlement qui stipule ce qui suit : « Toutes les questions qui ne sont pas purement scientifiques sont examinées et résolues par le Bureau constitué en Conseil d'administration. Les décisions *doivent* être communiquées à la Société, qui peut les modifier, après délibération, dans une de ses séances », le président fait à l'assemblée la communication suivante :

« Par délibérations antérieures, le Conseil d'administration de la Société a accepté la donation faite à ladite Société par les enfants de M. et M^{me} Christian, suivant acte reçu par M^e Georges Leclerc, notaire à Charenton-le-Pont, le 14 avril 1909, laquelle donation était de la somme de 10.000 francs, à employer en rente française 3 p. 100, pour les arrérages du titre être remis chaque année à un interne des asiles d'aliénés (de Paris ou de province) momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse, pour l'attribution de ce prix (ne pouvant être partagé) être faite par le bureau de la Société médico-psychologique.

« Un arrêté de M. le Préfet de la Seine, en date du 25 janvier 1910, a autorisé le président de la Société médico-psychologique de Paris à accepter, au nom de ladite Société, la donation dont il s'agit aux charges et conditions imposées.

« En exécution de ces donation et arrêté d'autori-

sation, la somme de 10.000 francs, objet de ladite donation, a été employée à due concurrence, à l'achat d'un titre de 302 francs de rente française 3 p. 100, qui porte le n° 720879 de la section 7 et est immatriculé comme suit : « Paris (la Société médico-psychologique de), pour les arrérages être employés conformément à un acte reçu par M^e Georges Leclerc, notaire à Charenton-le-Pont, le 14 avril 1909. Arrêté préfectoral du 25 janvier 1910. »

« Cet achat a eu lieu à la Bourse de Paris du 2 mars 1910, par le ministère de M. Pigeard, agent de change, 9, rue du Quatre-Septembre, au cours de 98 fr. 975, soit, avec les droits et frais de courtage, moyennant la somme totale de. 9.973 60

« Une somme de 26 fr. 40 n'a pu être employée par impossibilité matérielle, ci. 26 40

« Total égal au montant de la donation. 10.000 00

M. LE PRÉSIDENT demande à l'assemblée d'approuver la résolution prise par son Conseil d'administration d'accepter la donation dont il s'agit et charges et conditions susindiquées.

- Cette résolution est approuvée à l'unanimité des voix.

M. LE PRÉSIDENT expose encore ce qui suit :

Il y a lieu de déléguer un membre de la Société à l'effet d'intervenir à l'acte authentique à dresser, et d'y consentir pour la Société à l'acceptation définitive de la donation dont il s'agit, aux clauses et conditions imposées.

Il y a lieu, en outre, d'autoriser spécialement M. Pactet, trésorier de la Société, à comparaître au même acte, pour donner décharge aux donateurs, tant du titre de 302 francs de rente française susdésigné que de la somme de 26 fr. 40 non employée.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'acceptation des deux résolutions qui précèdent.

A l'unanimité des voix, la Société désigne M. le D^r Arnaud, président de la Société, pour accepter définitivement la donation aux clauses et conditions indiquées, et autorise M. Pactet, son trésorier, à donner

décharge des titre de rente et somme représentant le montant de ladite donation.

Rapport de candidature.

M. RITTI. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Briand, Legras et Ritti, rapporteur, chargée de vous présenter la candidature de M. Victor Delfino, de Buenos-Ayres, au titre de membre associé étranger de notre Société.

M. Delfino est très avantageusement connu dans les pays de langue espagnole pour ses publications sur les sujets les plus divers, et, en particulier, sur des questions relatives à la médecine mentale et nerveuse. Il y a quelques années, il publiait un petit volume du plus grand intérêt intitulé : « L'alcoolisme et ses effets sur l'individu, la famille et la société », dans lequel il s'attaque au plus terrible fléau des temps modernes, au producteur, malheureusement le plus efficace, des multiples formes de la dégénérescence. Un de nos confrères, M. le Dr Arsimoles, a fait de ce travail si intéressant une analyse détaillée et très consciencieuse dans le numéro de mars-avril 1909 des *Annales médico-psychologiques*. Le mémoire de M. Delfino a obtenu une médaille d'argent à l'Exposition internationale d'hygiène annexée au III^e Congrès de l'Amérique latine de Montevideo, et cette récompense est amplement justifiée.

Plus récemment, notre confrère argentin a publié, en deux volumes, un ouvrage sur la physiologie et l'hygiène de la voix, précédé d'un discours préliminaire sur la voix et la parole, ainsi que sur l'origine du langage. Ce travail, véritable traité sur la matière, est fait avec le plus grand soin et une méthode excellente. Son auteur s'inspire beaucoup des travaux des savants français qu'il connaît à fond et auxquels il rend l'hommage qui leur est dû.

Depuis l'année dernière, M. Delfino dirige un *Annuaire scientifique* destiné à faire connaître au public de l'Amérique latine les travaux et découvertes faits dans les diverses parties de la science. Le premier volume, que

nous avons sous les yeux, fait bien augurer de cette publication. Les matières sont classées avec ordre et méthode, et il est facile au lecteur de trouver dans ce volume de plus de mille pages les questions qui l'intéressent spécialement. Nous avons constaté avec satisfaction que l'auteur de cet important *Annuaire* donnait une place importante aux sujets relatifs à la médecine mentale et nerveuse; il compte bien leur donner encore une plus grande extension dans les volumes suivants, car il considère, et avec raison, que les questions qui font l'objet de nos études doivent entrer de plus en plus dans les préoccupations du plus grand nombre.

Ce résumé un peu rapide de l'œuvre de notre confrère nous prouve cependant qu'il est un ardent travailleur, un savant distingué, dont la place est parmi vous. Aussi votre Commission nous propose de l'admettre dans notre Société comme membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Victor Delfino est, à l'unanimité, élu membre associé étranger.

Le buveur délinquant en face de la loi,

par M. LEGRAIN.

Vous m'avez chargé de vous présenter l'analyse de deux brochures ayant trait à la médecine légale des buveurs. L'une signée du Dr Stransky, privat docent à Vienne, s'occupe de la *responsabilité légale au cours de certains délits* commis en état d'ivresse (1); la seconde, du professeur Pilez, de Vienne, s'occupe de la situation du buveur en face du droit pénal et du droit civil; surtout en ce qui regarde l'*interdiction* (2). En voici la substance:

1° M. Stransky tient surtout à mettre en lumière la difficulté où l'on est, dans l'état du Code autrichien, de juger équitablement certains délits commis en état d'ivresse, si l'on veut tenir compte de la lettre de la

(1) Dr Erwin Stransky. *Zur forensische Beurteilung von Trunksheitsdelikten.*

(2) Professeur Dr Alex. Pilez. *Stellung des Alkoholikers in Strafrecht u. Zivilrecht (Entmündigung der Trinker).*

loi. Ici comme en bien d'autres points, il y a une étrange antinomie entre la légalité et la justice. Et ce qui est la cause essentielle de l'embarras, c'est précisément cet état particulier de l'ivresse sur la valeur morbide de laquelle on discute encore.

La loi ne s'inspire pas de l'état des faits dans leurs rapports avec la mentalité des sujets; sa formule est sèche, insécable; il faut lui répondre par oui ou par non. Tandis qu'en face on se trouve en présence de situations pathologiques qui ne sauraient se réclamer de formules absolues. Le médecin agissant dans son domaine exclusif, est obligé de tenir compte des degrés d'alcoolisation.

Le Code autrichien admet l'ivresse « pleine » parmi les troubles entraînant l'inconscience et par suite l'irresponsabilité. D'autre part, il admet que l'ivresse doit être punie d'arrêts sévères, dans tous les cas où l'inculpé s'est mis volontairement en état d'ivresse, n'ignorant pas que dans cet état l'homme peut être entraîné à de violents mouvements passionnels. Enfin le Code considère encore comme un délit susceptible de sanctions pénales l'ivrognerie invétérée dans certaines professions à graves responsabilités.

Après avoir passé en revue, comparativement, toutes les législations sur la matière et démontré leur égale insuffisance, M. Stransky s'appesantit à titre d'exemple sur l'un des délits les plus fréquemment commis en état d'ivresse et qui consiste dans des actes violents contre l'entourage, mais tout spécialement contre les agents de l'ordre public. Ces conflits appartiennent à ce stade de l'ivresse où la conscience n'est pas encore tout à fait troublée et pour laquelle le Code autrichien ne saurait reconnaître une possibilité d'acquiescement, bien que les fonctions psychiques ne s'accomplissent pas d'une façon normale. L'étude de ces cas est d'autant plus intéressante qu'il s'agit d'espèces très gravement sanctionnées par la loi, bien que, intrinsèquement, elles soient la plupart du temps inoffensives (agressions ou injures à un agent en fonction, punies de un à cinq ans de prison). Maintes fois des individus, qui ne sont nullement des ivrognes, ont ainsi payé cher une ivresse d'occasion.

Le psychiatre, qui n'a pas à prendre souci des côtés sociaux ou juridiques d'un problème, est obligé de noter que ce sont précisément les buveurs qui auraient le plus droit aux bénéfices de l'atténuation, qui, dans les circonstances précitées, vont être le plus gravement frappés.

Ici l'on pourrait citer de nombreux exemples, d'où il résulterait qu'il est vain de tracer des règles générales et d'admettre des formules de sanction univoque, car le facteur individuel joue un rôle capital et le médecin doit toujours en faire une étude approfondie. Mais les cas observés peuvent être classés en trois catégories : dans l'une, se rangent les buveurs ayant, antérieurement, des tendances à l'agression. A peine y a-t-il un léger trouble de la conscience au temps du délit, et pourtant l'action de résister à l'impulsion n'a même pas été esquissée.

Dans d'autres cas, il s'agira de buveurs ayant spécialement des réactions pathologiques chaque fois qu'ils boivent, mais sans avoir manifesté dès l'abord des tendances violentes. Enfin, il y a les violents purement occasionnels, qui ont paru agir avec discernement, mais chez lesquels pourtant une fine analyse mentale peut déceler des troubles qui dénoncent l'action désorganisatrice de l'alcool pris à très faible dose.

Pour M. Stransky l'expert devrait pouvoir répondre autrement que par oui ou par non à la question posée par le juge relativement à l'existence de l'ivresse. Et il espère que le Code en préparation mettra plus à l'aise tout aussi bien la conscience médicale que la conscience juridique, en leur permettant de s'entendre pour le bien de tous, mais surtout de certains inculpés qui, de l'aveu de tous, sont frappés inégalement.

2^o M. le professeur Pilcz va s'occuper plus spécialement de l'interdiction des buveurs d'après les Codes autrichien et allemand. Mais tout d'abord il résume quelques-unes des très nombreuses données statistiques relatives aux rapports de l'alcoolisme et de la criminalité. Les chiffres fourmillent à ce sujet, et il y a longtemps que dans la littérature spéciale antialcoolique la criminalité alcoolique constitue une sorte de dogme solidement échafaudé sur les données de l'expérience médicale.

Le Dr Baer a examiné 32.837 prisonniers. 41,7 p. 100 ont commis leur méfait sous l'influence de l'alcool. Celui-ci a joué le rôle d'agent provocateur dans les actes de violence dans 81,7 p. 100 des cas, dans les délits de moralité, 73,3 p. 100.

D'après la statistique criminelle prussienne pour l'année 1889, sur 1.130 crimes ou délits corporels, 66 p. 100 appartenaient à des buveurs dont 53 p. 100 buveurs d'habitude.

D'après Loeffler, 65 p. 100 des crimes de violences sont dus à l'ivrognerie. Il faudrait joindre à ces chiffres ceux fournis en Belgique par Masoin, en Italie par Lombroso et Ferri, en Suisse par Lang, en France par Legrain et plus récemment par Vallon.

Au point de vue de l'application de sanctions légales, Pilcz fait ici, à juste titre, les mêmes réserves que Stransky et déclare qu'il faut avant tout individualiser. Certes, l'alcoolisme chronique ne peut être considéré en lui-même comme une maladie mentale pas plus que la débilité morale, et, pour qu'il puisse jouir du privilège de certaines atténuations prévues par les Codes, il doit présenter un degré avancé. Mais c'est parler, là, plutôt en juriste qu'en médecin, lequel n'ignore point que, même dans ses formes les plus atténuées en apparence, l'alcoolisme chronique aurait le droit de se réclamer des dispositifs légaux qui excusent et acquittent.

La chronicité de l'empoisonnement peut conditionner une ultérieure intolérance *quantitative* d'alcool, de sorte que pour la quantité minimum de poison l'ivresse survient. D'autres fois, les états effectifs, vu l'énorme excitabilité du buveur chronique, peuvent atteindre à des paroxysmes vraiment pathologiques, etc.

Mais le devoir de l'Etat n'est point terminé avec la punition ou l'acquittement. Beaucoup plus important est ce qui peut advenir plus tard des buveurs délinquants ou criminels.

Pour Krafft-Ebing, il n'y a pas strictement besoin d'une législation particulière de l'ivrognerie, car l'alcoolisme chronique est une forme de maladie de l'esprit comme une autre. En fait, en Autriche comme en Allemagne, les ivrognes pouvaient être frappés d'interdiction.

Depuis 1900, le Code civil allemand a prévu l'interdiction pour ivrognerie pure et simple, et en Autriche un projet est à l'étude qui dispose notamment qu'un citoyen peut être interdit si par suite d'ivrognerie il ne peut plus s'occuper de ses affaires et expose lui et les siens aux dangers de la misère, ou menace l'ordre public. Le projet autrichien se distinguera du Code allemand en ce qu'il considère avec l'alcool l'ensemble des poisons de l'intelligence, et constituera un réel progrès en fournissant au médecin et au juge de très heureuses ressources, notamment dans la pratique des morphinomanes.

L'auteur ne saurait s'occuper de ces intéressants problèmes sans dire au passage ce qu'il pense des asiles pour buveurs. Que faire d'un alcoolisé d'habitude? Pour les formes avec démence, point de difficulté. C'est l'asile d'aliénés qui convient. Pour ce qui est des débiles moraux, buveurs et délinquants, il faudrait requérir la possibilité d'une détention *sine die* dans des asiles d'Etat (l'application automatique de l'interdiction va de soi). Il est inouï, en effet, que des buveurs délinquants, vraiment dangereux en raison des récidives, et mis à la disposition de l'administration, puissent être peu de temps après relaxés sans autre précaution.

La question devient plus délicate en ce qui concerne l'internement des alcooliques non criminels. Conformément aux paragraphes 114 et 1631 du Code civil allemand, le tuteur a le droit et le devoir de fixer la résidence de l'interdit. Il aurait donc par suite le droit de prescrire l'internement.

On a beaucoup discuté sur les points de savoir si l'admission et la sortie des buveurs peuvent être volontaires, ou si l'on devrait conférer aux établissements le droit de rétention forcée. M. Pilcz est d'avis que la loi devrait fixer l'espèce et dire que l'interdit pour ivrognerie peut être retenu contre sa volonté.

Le rôle du médecin sera de guider la justice à l'entrée et à la sortie. Le rôle de la justice sera ensuite d'inspecter les asiles de rétention pour s'assurer de la mentalité des retenus et faire cesser la rétention en temps opportun.

Tels sont les points cardinaux de ces intéressants

mémoires qui indiquent à quel point, en d'autres pays que la France, on se préoccupe à l'heure actuelle de l'ivrognerie criminelle.

**Délire de persécution systématisé
chez un brightique,**

par MM. A. VIGOUROUX et G. NAUDASCHER.

Nous avons l'honneur de vous communiquer l'observation d'un malade présentant aujourd'hui un délire systématisé de persécution et de grandeur en évolution depuis seize ans, chez lequel l'étude des antécédents personnels montre que des troubles urémiques ont précédé de quelque temps le délire et ont évolué parallèlement à lui, en lui fournissant de nombreux éléments.

Déch... (François), âgé de soixante-six ans, est entré à l'asile de Vaucluse le 10 avril 1909. Il avait demandé au commissaire de police de l'hospitaliser à Nanterre, parce qu'il était sans ressources et que ses ennemis l'empêchaient de travailler.

A son arrivée dans le service, il présente les allures cliniques d'un délirant persécuté de vieille date, poursuivi par des vauriens qui l'injurient et le piquent par les rayons X, défendu par des voix de la Préfecture et manifestant des idées de richesse. C'est par jalousie de sa fortune et aussi pour s'en emparer que les « Raoutans » le poursuivent depuis quinze ans.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, sauf le grand âge de ses parents au moment de la conception : le père aurait eu soixante ans et la mère cinquante-cinq ; ils sont morts très âgés, le père à quatre-vingt-un ans, la mère à soixante-dix-huit ans, sans avoir jamais manifesté de troubles mentaux. Deux frères et une sœur sont restés dans leur pays ; ils ont toujours eu une bonne santé.

Né à Malicorne (Allier), Déch... paraît avoir eu une enfance normale : il apprenait bien à l'école et était de caractère égal ; à l'âge de dix ans, il eut la fièvre typhoïde. Dès l'âge de douze ans, il commença à travailler aux forges de Commentry ; il aimait son métier et, peu à peu, il devint assez habile pour gagner 5 fr. 25 par jour à l'âge de dix-neuf ans. De douze à vingt-six ans, il travailla dans la même usine, vivant avec sa mère, content de son sort ; il était bien avec ses camarades d'atelier. Il prétend qu'à cette époque, il buvait environ 1 litre

de vin par jour, mais qu'il ne prenait aucun spiritueux en dehors de ses repas.

Mobilisé au cours de la guerre de 1870, il fit son service dans l'infanterie : libéré à vingt-huit ans, il revint à Commen-try et rentra dans la même usine.

Peu de temps après son retour, il eut un accident : il fut blessé, pendant son travail, d'un coup de barre de fer à la poitrine, ce qui nécessita un repos de trois mois.

A cette époque, il perdit sa mère et, craignant de retomber malade, il résolut de changer de métier.

Il quitta Commen-try pour s'engager comme mineur à Lava-veix (Creuse), puis, deux ans après, il travailla dans la métallurgie à Montmorillon. Quand la Compagnie eut cessé le travail, il devint palefrenier à Chauvigny (Vienne) ; il eut à ce moment la fièvre intermittente. Il resta six années à la manufacture de Châtellerault, il avait un salaire de 6 francs par jour ; ayant entendu dire qu'à Paris on gagnait beaucoup d'argent, il résolut de s'y rendre. Il fut tout d'abord employé dans les ateliers de la Compagnie du chemin de fer P.-L.-M., à Villeneuve-Saint-Georges, et il gagna jusqu'à 15 francs par jour ; puis il vint à Paris, dans un atelier de métallurgie, et y resta pendant plus de dix ans.

C'est pendant cette période qu'il tomba malade, à l'âge de cinquante ans.

Les pérégrinations multiples que l'on retrouve souvent dans le monde ouvrier ne peuvent être considérées comme l'indice d'une instabilité spéciale du caractère, ni comme des réactions à des persécutions. Déch... donne toujours de ses déplacements des raisons qui paraissent valables : désir de gagner plus, fermeture de l'usine, etc. Jusque-là, en résumé, il s'était montré ouvrier intelligent et adroit, vivant de la vie ordinaire de son milieu et ne faisant pas d'excès alcooliques.

En 1895, alors qu'il avait cinquante ans, la scène change : il souffre d'oppression à l'occasion d'efforts ; le matin, ses yeux sont gros, ses paupières bouffies ; il est plus sensible au froid, il a fréquemment la sensation d'avoir plusieurs doigts morts ; il urine plus souvent.

Il est très inquiet de ces troubles, que, naturellement, il ne s'explique pas ; il n'a jamais été malade et par suite n'a jamais consulté de médecin. Il cherche la cause de cette modification de son état physique. Il interroge à ce sujet ses camarades d'atelier, qui ne peuvent le renseigner ; les uns lui disent que ça passera, les autres que ce n'est rien. Après de longues et nombreuses hésitations, il se décide à affronter une consultation médicale, moins, semble-t-il, pour demander un traitement que pour avoir l'explication de ses troubles.

Bien qu'elle remonte à quinze ans, cette consultation est restée fixée en ses moindres détails dans son souvenir. Le médecin entouré de ses élèves l'interroge sur ce qu'il ressent, lui pose des questions sur l'œdème des paupières, examine son urine et, le diagnostic posé, lui offre d'entrer à l'hôpital. Comme Dech... refuse, le médecin rédige ou fait rédiger une ordonnance et, pendant que le malade se rhabille, reprenant sans doute une conversation interrompue il dit : *Quels singuliers effets donnent les rayons X!*

Cette phrase, qui évidemment ne lui était pas destinée, resta seule dans l'esprit du malade, qui se trouvait dans un état très spécial d'inquiétude et d'émotion. Il ne suivit pas les conseils ni le régime prescrits par l'ordonnance, mais il rumina l'exclamation sur les rayons X, se l'appliqua et finalement y trouva l'explication cherchée : les rayons X étaient la cause des troubles qu'il ressentait !

Qu'est-ce que les rayons X ? Comment agissent-ils sur lui ? Ce sont là des questions auxquelles, aujourd'hui même, il répond avec peu de clarté. Ce sont « des fils de rayons, des bouts d'acier fins comme des aiguilles, qu'on ne voit pas, mais avec lesquels on vous massacre le corps ».

A partir de ce moment, le délire se constitue progressivement, il ne sait pas qui manie les rayons X, ce sont des ennemis inconnus que beaucoup plus tard il baptisera « les Raoutans » ; mais, à cette époque, il ne les connaît pas, il pense seulement qu'ils agissent par jalousie.

Les symptômes de brightisme, parmi lesquels l'oppression à la suite des efforts nécessités par son travail joue le rôle principal, s'accompagnent bientôt de troubles divers qu'il est difficile de distinguer des hallucinations de la sensibilité générale : il sent des brûlures sous les pieds, il sent les points douloureux sous le sein, etc... ; tout cela est le produit des rayons X.

Il n'a pas d'hallucinations de l'ouïe, il n'a que des interprétations. Ses camarades sont au courant de sa situation, car ils parlent souvent des rayons devant lui : l'un dit, par exemple, « 75 centimètres seront suffisants » ; il faisait évidemment allusion aux rayons dont il sentait l'effet.

Les interprétations se sont déjà étendues ; elles ne portent plus sur les seules sensations subjectives, mais aussi sur les phénomènes extérieurs au malade. Il en fut ainsi pendant deux ans environ.

Puis, la nuit, il entendit quelques voix prononçant des menaces à son égard : « Il dort, nous n'allons pas le manquer. » Ces voix d'abord indistinctes, se firent de plus en plus nettes : non seulement il entendit les paroles, mais il reconnut les voix et il put désigner ses persécuteurs.

C'est une bande de vauriens, des ouvriers qu'il a connus dans sa jeunesse, Thivrier, Lafleurière, etc..., auxquels se joignait le contremaître même de l'atelier, le nommé Caloven. Comme ce dernier lui demandait un jour des nouvelles de sa santé, il lui répondit : « Vous le savez mieux que moi, puisque toute la nuit vous m'avez martyrisé. » Il dut quitter cet atelier, où il était depuis dix ans.

Les souffrances continuant et les voix se faisant entendre non seulement la nuit mais également le jour, il commença à mener l'existence mouvementée des persécutés, changeant d'atelier dès que ses persécuteurs venaient l'y poursuivre et, dix ans plus tard, il demanda lui-même aide et protection à la police.

Toutefois, vers 1906 ou 1907, un nouveau phénomène s'était produit. A côté des voix menaçantes, injurieuses des persécuteurs, s'étaient fait entendre des voix de défense : la Préfecture venait à son secours et cherchait à le soulager, elle lui apprenait des choses intéressantes ; beaucoup de ces vauriens étaient des employés paresseux et révoqués. Elle l'appelle « le petit Napolichailon », et c'est probablement elle qui lui a appris la vraie cause de la jalousie qu'il inspire : il a beaucoup d'amis tant dans l'Allier qu'en Amérique et ailleurs, et tous ces amis lui envoient de l'argent ; c'est cet argent que les vauriens volent, et c'est pour l'avoir plus sûrement qu'ils emploient les rayons X.

Telle est, résumée dans ses traits principaux, l'évolution, un peu rapide il est vrai, du délire de persécution de Dech... : nous y trouvons successivement les phases d'anxiété avec hypocondrie, d'interprétations, de persécution et de grandeur ; nous avons noté, en outre, les hallucinations de défense et les néologismes.

Nous allons décrire rapidement son état actuel. Au physique, D... est très fatigué ; il présente des signes très accentués d'insuffisance hépato-rénale.

L'analyse des urines donne les résultats suivants :
Volume total en vingt-quatre heures, 250 centimètres cubes.

Albumine, 0 gr. 80 par litre.

Sucre, néant.

Urée, 11 grammes par litre au lieu de 26 grammes, moyenne normale.

Pigments biliaires, traces.

Urobiline, traces.

Son teint est subictérique, ses paupières œdématisées, sa peau est sèche et ridée. Très dyspnéique et haletant par suite de bronchite chronique et d'emphysème pulmonaire, son thorax est globuleux. Le pouls est hypertendu, $T = 17,5$ au sphygmomanomètre Potain, le cœur est hypertrophié et laisse entendre des bruits très sourds à la base. Le foie est gros et dépasse de quatre travers de doigt les fausses côtes. Il n'y a pas d'ascite. Les jambes sont maigres et œdématisées.

A des intervalles irréguliers mais qui tendent à se rapprocher et quand il s'écarte du régime lacté absolu, il présente de véritables crises aiguës d'urémie avec œdème généralisé, état subcomateux, respiration haletante, etc., crise dont il ne sort que grâce à l'eau-de-vie allemande et à la théobromine.

Au point de vue mental, D... présente un délire très actif avec hallucinations de tous les sens ; son intelligence n'est pas manifestement affaiblie, en ce sens qu'il a conscience du temps, du lieu et aussi de sa situation. Sa mémoire des faits anciens est sûre et c'est lui qui a fourni les renseignements sur ses antécédents ; à des intervalles éloignés il a donné les mêmes dates et la même relation des mêmes faits. Il est constamment en proie à des hallucinations et à des interprétations.

Nous avons déjà dit quelles voix il entendait, celles des vauriens qu'il reconnaît, Thivrier, Caloven et consorts ; celles des « Raoutans » qu'il ne connaît pas, et enfin les voix défensives de la Préfecture. Il entend par les deux oreilles aussi bien les unes que les autres, elles viennent de partout, mais principalement du plafond.

Il a en plus des hallucinations de l'odorat : on lui fait respirer l'odeur du fumier ; du goût : son lait sent la poussière d'étrille de cheval, le crottin, la chaux brûlée, le poison, etc.

Il n'a pas d'hallucinations de la vue, ni d'hallucinations psycho-motrices.

Les hallucinations de la sensibilité générale sont très difficiles à distinguer des interprétations de sensations douloureuses et pénibles qu'il éprouve. Il accuse ses ennemis de l'empêcher de respirer par les rayons X, par la poussière de cheval qui entre dans sa gorge.

Il les accuse de lui faire gonfler l'estomac par les matières qu'ils mettent dans son lait et qu'il retrouve dans sa bouche sous forme de chaux et de craie; il les accuse aussi de lui faire gonfler les jambes pour l'empêcher de marcher, en lui mettant des rayons X. Les rayons X, enfin, lui brûlent et lui massacrent tout le corps.

Cette bande de vauriens le poursuit pour jouir de sa fortune, mais, malgré leurs vols, celle-ci est encore grande et, s'il pouvait sortir d'ici et leur échapper, il pourrait enfin jouir de cette fortune qu'il accepte sans hésiter et sur laquelle la Préfecture lui affirme qu'il a, tous les droits, étant le « petit Napolichaillon ».

Nous sommes donc en présence d'un délire systématisé qui a évolué en seize ans chez un homme de cinquante ans.

Un premier point intéressant de cette observation est de constater l'enchevêtrement des troubles organiques et des interprétations délirantes et combien ces troubles ont fourni de matériaux au délire.

Mais n'y a-t-il qu'une simple coïncidence d'un état organique et d'un délire banal de persécution? Les troubles organiques n'ont-ils fait qu'orienter le délire? En un mot, l'urémie a-t-elle joué un rôle dans la pathogénie de ce délire? et quel est ce rôle?

Nous éliminerons de suite l'hypothèse de délire urémique chronique. L'aspect clinique de délire que nous venons de décrire le rapproche beaucoup plus du délire de persécution ordinaire que d'un délire toxique. On ne trouve pas le caractère onirique, la confusion, les hallucinations de la vue qui s'observent dans le délire aigu du brightique. D'autre part, les hallucinations auditives paraissent bien secondaires aux idées délirantes; elles ne dirigent pas le délire, elles le confirment.

Le rôle que nous attribuons à l'intoxication urémique n'en est pas moins important: il consisterait en la modification profonde des sentiments du malade par les perturbations apportées à son organisme, par les troubles profonds de la cénesthésie, par l'état émotionnel d'inquiétude qu'elle a provoqué.

Chez notre malade, comme chez les persécutés (du type délirant chronique Magnan), la vie se divise en

deux périodes bien tranchées. Dans la première, il a vécu comme les autres hommes : il a pu être égoïste, méfiant, ambitieux, etc., mais ces sentiments ne se manifestent pas au dehors d'une façon marquée et étaient tenus en bride par la raison, l'intérêt bien entendu, l'exemple et la discipline sociale. De plus, les jugements qu'il portait sur lui-même, sur les autres et sur les événements antérieurs étaient justes.

Dans la seconde période de sa vie, il manifeste un trouble de l'instinct conservateur, une inquiétude exagérée de sa santé, puis une autophilie excessive ; secondairement, il porte une série de jugements faux et absurdes sur les sensations qu'il éprouve et sur les événements qui se rapportent à lui-même.

Cette modification de la personnalité nous paraît être secondaire à un trouble profond de la cénesthésie, trouble provoqué par l'action sur l'organisme des toxines dues à l'insuffisance rénale. C'est donc à l'intoxication urémique, la première en date, que nous attribuons les modifications du caractère, qui d'un homme ordinaire, sociable, ont fait un individu hypocondriaque, méfiant, interprétant et persécuté.

Si la pathogénie du délire de persécutions à évolution chronique est le plus souvent si obscure, il est vraisemblable que la raison en est que, le plus souvent, ces délires ne sont soumis à l'observation du médecin que très longtemps après leur début et que, par suite, la cause de la modification du moi, qu'elle soit toxique ou infectieuse, peut avoir complètement disparu sans laisser d'autres traces de son action.

Les délires de persécutions que nous avons en vue sont très différents dans leurs apparitions des délires de persécution qui surviennent chez des dégénérés ou déséquilibrés constitutionnels. Chez ceux-ci, en effet, la dégénérescence s'est toujours traduite par un déséquilibre moral, une prédominance des intérêts égoïstes et des troubles du jugement apparents pour tous ceux qui les approchaient. Pour eux, comme on l'a dit souvent, le délire n'est que l'exagération de leur état mental antérieur.

DISCUSSION

M. TRENEL. — Je demanderai à M. Vigouroux de vouloir bien préciser son diagnostic. Considère-t-il son malade comme atteint de délire toxique urémique?

M. VIGOUROUX. — Non, j'ai cru pouvoir éliminer le diagnostic de délire urémique chronique. Je considère seulement que les toxines dues à l'insuffisance rénale ont modifié l'organisme et, par suite, le caractère du sujet.

D'autre part, les symptômes de néphrite chronique ont servi de base aux interprétations délirantes et ont orienté le délire.

M. BRIAND. — Je ne crois pas que les délirants présentés aient jamais été normaux. J'ai connu, dans sa jeunesse, un individu qui est devenu délirant chronique; déjà, au collège, il présentait des anomalies évidentes du caractère.

M. VIGOUROUX. — M. Magnan a décrit, à côté des dégénérés persécutés qui, toute leur vie, ont donné des signes de déséquilibre mental, les délirants chroniques qui, jusqu'à l'apparition du délire, ont été considérés comme normaux.

Je crois cette division clinique très justifiée et, tout en admettant une certaine prédisposition chez le futur délirant chronique, je cherche la cause organique sur laquelle repose la modification de l'humeur, des sentiments, du caractère, lors de la période d'inquiétude et d'hypocondrie.

M. ARNAUD. — Je partage l'avis de M. Briand sur l'état mental antérieur des délirants persécutés. Je crois qu'ils ne sont jamais normaux; ce sont des égoïstes, des méfiants, etc...

Dans l'observation que nous présente M. Vigouroux, il reconnaît qu'il n'a de renseignements sur le passé de son malade que par le malade lui-même; l'enquête sur son état antérieur est donc insuffisante.

D'autre part, M. Vigouroux considère que ce délire systématisé a été déclenché par l'urémie; il s'agirait de savoir s'il y a eu un rapport appréciable entre les

variations du délire et les variations de la quantité de l'albumine.

M. VIGOUROUX. — Je considère que les toxines urémiques ont déclenché le délire, comme le dit M. Arnaud, mais je ne considère pas ce délire comme un délire toxique. S'il y a parallélisme entre le taux de l'albumine et l'intensité du délire, cela tient simplement à ce que le délire puise en partie ses éléments dans les souffrances qu'endure le malade.

Je ne puis pas affirmer que mon malade était absolument normal dans le sens que donne M. Arnaud à ce mot. Mais, comme d'autres persécutés, il a pu vivre une longue période de sa vie comme tous les autres hommes. S'il avait des sentiments égoïstes, méfiants, etc..., ses sentiments ne se manifestaient pas d'une façon gênante pour les autres.

Il est certain que sans une certaine prédisposition, toujours nécessaire, il n'aurait pas versé dans le délire.

M. BRIAND. — Si le délire de persécution pouvait succéder à une maladie de Bright, cela se saurait déjà.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 21 février 1910.

I. — *Epilepsie et paralysie générale*; par les D^{rs} Colin et Mignard. — Les auteurs montrent à la Société une malade qui, pendant plusieurs mois, a été soignée à la Salpêtrière. Considérée comme épileptique, elle était soumise au traitement par le bromure de potassinm et l'hypochloruration. A son arrivée à l'asile de Villejuif, elle présentait un état confusionnel qui pouvait être consécutif à des accès d'épilepsie, et qui légitimait le diagnostic porté antérieurement à la Salpêtrière et à Sainte-Anne.

En réalité, il s'agit d'une paralytique générale. Ces cas sont des plus importants à faire connaître aux médecins, étant donné l'importance du pronostic et du traitement à suivre. Ils ont été signalés depuis longtemps, entre autres par Falret, Moreau (de Tours), Toulouse et Marchand, Ségla et Français. L'étude attentive, non seulement du malade, mais de son histoire pathologique, et l'évolution de l'affection permettent de faire le diagnostic.

MM. Magnan, Pactet, Ritti approuvent ces conclusions, et M. Marchand dit que, cliniquement, on peut observer chez les paralytiques généraux deux sortes distinctes de crises convulsives. Chez les uns, les crises, quoique nombreuses, n'influencent en rien la marche de la paralysie générale; chez d'autres, les crises, quoique moins fréquentes, sont toujours suivies d'une aggravation des phénomènes moteurs et psychiques de la paralysie générale.

II. — *Deux cas d'athétose double, dont un avec attitudes vicieuses excessives*; par le D^r Truelle. — M. Truelle présente deux malades. Dans le premier cas, début à neuf mois par des

convulsions suivies d'athétose généralisée. Puis, rigidité musculaire, progressive, devenue peu à peu prédominante. Ce qui particularise ce cas, c'est l'intégrité presque complète de l'intelligence, la présence d'un pseudo-syndrome bulbaire spasmodique, et surtout la réalisation d'un syndrome de Little tel que le diagnostic pourrait hésiter, n'étaient la priorité et la permanence de l'amyotaxie caractéristique.

Dans le second cas, début à dix mois par des convulsions localisées à droite, puis généralisées. Hémiparésie droite consécutive. A huit ans, flexion du corps à droite, puis rigidité spasmodique progressive du côté opposé. Actuellement (malade âgée de vingt-sept ans), la flexion du tronc à droite est excessive, mais corrigible. La rigidité musculaire gauche est extrême à la racine des membres, d'où attitudes vicieuses également corrigibles. Permanence de mouvements athétosiques doubles très discrets au repos. Légère faiblesse musculaire à droite. Pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs. Intelligence un peu débile. Le qualificatif d'athétose double n'est appliqué que faute de mieux.

Ces deux cas montrent la complexité du syndrome clinique qui peut être réalisé chez le même malade par les lésions encéphaliques de l'enfance.

III. — *Dégénérescence mentale. Obsessions, impulsions, exhibitionnisme*; par le D^r Fillassier. — L'auteur présente un malade atteint de dégénérescence mentale avec perversions sexuelles : onanisme, obsessions, impulsions à l'exhibitionnisme, plusieurs fois arrêté et condamné.

Il insiste sur la tendance de ces malades à simuler, par honte de leur acte, une amnésie complète, qui fait parfois considérer l'acte comme une manifestation comitiale, un équivalent épileptique.

IV. — *Deux cas d'épithélioma chez des paralytiques généraux. Présentation de pièces*; par le D^r Vigouroux. — L'auteur apporte deux observations de paralytiques généraux ayant présenté, l'un, avant l'apparition de la maladie, un épithélioma ulcéré de la lèvre inférieure, l'autre un épithélioma du gland au cours de la maladie.

Il présente les coupes histologiques des tumeurs et des cerveaux.

V. — *Hémisection des masticateurs chez l'animal. Présentation de pièces*; par les D^{rs} A. Marie et Pietkiewicz. — Les auteurs ont pratiqué l'hémisection des muscles masticateurs

chez deux jeunes chiens. Ils présentent l'un de ces animaux vivants et le crâne de l'autre; on y peut remarquer l'effacement de la crête sagittale et l'expansion de la cavité crânienne du côté des muscles sectionnés. Ces expériences sont d'un haut intérêt, non seulement en physiologie comparée, mais aussi au point de vue des rapports possibles entre le développement cérébro-psychique et celui de la musculature crânienne (loi de compensation de la régression masticatrice par l'expansion cérébrale).

VI. — *Les malformations de l'oreille. Mensuration et présentation de photographies*; par les D^{rs} A. Marie et Mac Auliffe.

— Les auteurs présentent une étude de contrôle sur les stigmates auriculaires de la dégénérescence. Cent aliénés, dont un certain nombre de dégénérés héréditaires, ont été comparés à cent jeunes soldats de la même région. Ce sont moins les anomalies de formes que les asymétries de dispositions et de dimensions relatives qui sont surtout marquées chez les aliénés en général et les aliénés dégénérés en particulier.

Société de Psychiatrie de Paris.

Séance du 17 mars 1910.

I. — *Accès subaigu avec amnésie totale chez une alcoolique chronique*; par le D^r A. Delmas. — Présentation d'une malade, éthylique chronique, qui, après un accès subaigu d'une durée de six jours, n'a retrouvé aucun souvenir se rapportant à la période des accidents subaigus. La forme de cette amnésie, lacunaire et totale, est exceptionnelle, et, au point de vue médico-légal, mérite d'être connue. M. Dupré souligne l'intérêt médico-légal de ce fait, en rappelant que l'amnésie a été souvent alléguée par les criminels.

II. — *Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez un persécuté-persécuteur*; par le D^r Roubinovitch. — Paranoïaque présentant un délire de jalousie et de persécution ayant évolué sur un terrain manifestement prédisposé pendant quinze ans. Ce délire, rappelant celui des persécutés raisonnants et fondé sur de fausses interprétations, s'est compliqué à plusieurs reprises d'épisodes sensoriels (hallucinations auditives, illusions visuelles). L'évolution de cette psychose n'offre, malgré sa longue durée, aucun caractère progressif, et depuis

six semaines on assiste à un état lucide de la conscience avec compréhension nette de l'état pathologique antérieur, critique correcte des conceptions délirantes éniées. Au point de vue somatique, on trouve chez le sujet l'exemple le plus net d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (épaississement électif des phalanges des doigts et des orteils en baguettes de tambour, épaississement des extrémités des os des membres, déformation des ongles étalés et bombés à la façon d'un verre de montre). Il existe, en outre, un développement anormal des varices au niveau des membres inférieurs, avec des hémorroïdes procidentes qui saignent fréquemment et abondamment. — Discussion de l'origine auto-toxique des épisodes hallucinatoires du malade et de son ostéo-arthropathie hypertrophiante (M. Dupré). La gêne considérable apportée à la circulation par l'état variqueux des veines des membres pourrait expliquer l'ostéo-arthropathie sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hypothèse d'une auto-intoxication problématique (M. Léri).

III. — *Manie intermittente et paranoïa quérulante*; par les Drs Dupré et Pierre Kahn. — Présentation d'une malade chez laquelle on observe un état maniaque pur. Cette malade, dont c'est le septième internement, n'a pas toujours offert ce syndrome. Plusieurs certificats de médecins aliénistes qui l'ont soignée au cours de ses différents passages dans les asiles constatent qu'elle a présenté un délire systématisé à base d'interprétations avec nombreuses revendications. La constitution paranoïaque de cette malade se révèle en outre par de multiples démarches auprès de ministres, fonctionnaires, députés, etc., des procès, des plaintes... La coexistence des deux constitutions cyclothymique et paranoïaque chez la même malade est intéressante à constater au point de vue de leur parenté, d'autant plus que les travaux de Specht, en Allemagne, ont mis dernièrement cette question à l'ordre du jour. — M. Dénay insiste sur les troubles de l'affectivité, sur la parathymie que l'on trouve à la base de la psychosé maniaque-dépressive et de la paranoïa. M. Capgras fait remarquer que le cas en discussion, avec délire de revendication non extensif, doit rentrer dans le cadre de la manie raisonnée, de l'hypomanie délirante, plutôt que dans celui du délire d'interprétation.

IV. — *Symptôme de Ganser chez un hébéphrénique*; par les Drs Dupré et Gelma. — Le malade présenté fait, aux questions les plus simples, des réponses alambiquées, contournées et imprécises, agrémentées d'éclats de rires ou de sourires nar-

quois ; ou bien encore il interroge à son tour au lieu de répondre. — Peut-on considérer le syndrome de Ganser, où il existe de la verbosité, comme un phénomène d'opposition et l'assimiler au mutisme des négativistes ? Il ne faut toutefois pas oublier qu'on le rencontre dans bien d'autres affections que la démence précoce.

ROGER DUPOUY.

JOURNAUX FRANÇAIS

Journal de psychologie normale et pathologique.

ANNÉE 1909.

I. — *Lois élémentaires d'association des idées dans la manie et dans la démence* ; par le D^r Pierre Delaon (numéro de janvier-février). — Cette étude s'applique à des cas dissemblables d'excitation maniaque (paralysie générale, folie maniaque dépressive), et à des états démentiels précoces. C'est donc dire que les conclusions ne peuvent avoir une portée générale et en particulier s'appliquer à tous les états démentiels.

L'association par ressemblance ou par contiguïté, soit qu'elle se manifeste dans l'association par le sens ou dans l'association purement verbale, vide de tout contenu idéatif, pouvant même aller jusqu'à un pur mécanisme écholalique, se retrouve à la base des deux catégories d'états. Mais ce n'est pas tout. Ce qui règle surtout la marche de la pensée chez le maniaque, c'est l'hyperthymie qui le laisse ouvert à toute impression du dehors, lui suggère des idées de supériorité, de richesse et, par tant, lui permet, en l'absence de liaisons synthétiques normales, de direction logique de la pensée, de maintenir une coordination entre les états qui se présentent à l'esprit, et de déterminer, d'une manière vague et imprécise, mais réelle cependant, le cours de la pensée et le choix des éléments du langage.

Rien de semblable chez le dément précoce, où l'indifférence émotionnelle domine et ne produit plus aucun centre attractif idéatoire, laissant les lois élémentaires d'association agir et régir seules les liaisons entre les états de conscience.

II. — *Une anomalie de l'amour parental* ; par le D^r Ch. Féré (numéro de janvier-février). — L'amour parental peut se manifester sous deux formes : par le défaut, par l'excès. Ch.

Féré rapporte l'observation très intéressante d'un cas d'amour parental par excès chez une jeune femme qui avait donné le jour à un idiot amaurotique, qu'elle cachait jalousement et soignait à l'excès, parce qu'elle ne pouvait supporter l'opprobre d'une pareille maternité de l'enfant qu'elle aimait.

III. — *L'hérédité dans l'avarice*; par le Dr J. Rogues de Fursac (numéro de mai-juin). — L'avarice, affection de l'âge mûr et surtout de la vieillesse, relève de la dégénérescence. Elle n'est que l'épanouissement, dans un milieu favorable, d'une prédisposition latente ou le plus souvent patente par certaines anomalies de l'état mental. Les faits viennent à l'appui de ces vues. Dans dix-huit familles, quel'auteur a pu observer, il a trouvé que l'hérédité, sous toutes ses formes, est aussi fréquente, dans les familles d'avares que dans celles des aliénés. Ces tares sont presque toujours psychopathiques avec prédominance des troubles du caractère; les cas de psychoses bien caractérisés sont bien plus rares. Quant aux formes sous lesquelles se montre cette hérédité, l'auteur a trouvé qu'elles se manifestaient fréquemment par la similarité; dans l'observation même, elle a pu s'étendre, fait très rare, sur trois générations. L'hérédité contraire (avarice-prodigalité) se rencontre également, quoique moins fréquente, soit pure, soit associée à l'hérédité similaire.

IV. — *Raisonnement pathologique et psychoses raisonnantes*; par le Dr P. Hartenberg (numéro de mai-juin). — Étude de l'état mental — sous le nom de raisonnement pathologique — dont l'idéation unilatérale, la logique défectueuse, le défaut d'auto-critique, l'hypertrophie du moi, l'égoïsme, l'irritabilité, l'activité désordonnée composent les principaux éléments. En connexion intime avec cette forme de mentalité — que la clinique a bien des fois décrite — se trouve toute une série de phénomènes particuliers dont la gradation peut amener jusqu'à la paranoïa la mieux caractérisée.

V. — *La mémoire affective et l'expérimentation*; par Th. Ribot (numéro de juillet-août). — Rapportant des expériences de Külpe, Ribot, conclut que la mémoire affective doit être inégalement répartie; pour l'étudier il faudrait choisir des sujets d'élite et scinder cette étude, car elle n'implique pas la même difficulté dans toutes ses parties. La mémoire affective statique (de conservation) est indéniable; la reproduction ou mémoire dynamique seule peut être mise en cause: sous la forme spontanée, elle est fréquente; sous la forme volontaire, elle semble irréalisable chez beaucoup de personnes.

VI. — *Les fugues en pathologie mentale* ; par les D^{rs} Benon et Froissart (numéro de juillet-août). — Dans cette revue générale, les auteurs ont essayé de délimiter le domaine de la fugue, de montrer, en se basant sur ses caractères cliniques, comment on pouvait l'envisager dans ses diverses manifestations et en tirer les éléments d'un diagnostic et d'un pronostic.

La fugue est un trouble de l'activité, relevant d'un état morbide variable, survenant le plus souvent avec brusquerie, d'une durée toujours transitoire, impliquant en conséquence quelque chose d'accidentel et non d'habituel au malade. Elle s'oppose au vagabondage qui est un état habituel et chronique. Deux conditions paraissent d'ailleurs indispensables aux auteurs pour une différenciation clinique de la fugue avec d'autres états voisins : 1° Le sujet ne rentre pas à son domicile ; 2° l'entourage est incertain sur le sort du malade. Nous nous demandons quelle caractéristique clinique bien certaine cette deuxième condition ajoute à la fugue.

L'étude clinique des fugues s'est constituée surtout depuis 1888, époque à laquelle Charcot créa l'automatisme ambulateur. Actuellement les nombreux cas observés peuvent entrer provisoirement dans les cadres suivants :

- 1° Les fugues en états seconds (automatisme ambulateur proprement dit, états ambulatoires suivis d'amnésie), ressortissant surtout à l'épilepsie et à l'hystérie ;
 - 2° Les fugues dans les états impulsifs dégénératifs (obsessions et impulsions) ;
 - 3° Les fugues dans les états délirants aigus, hallucinatoires, confusionnels, etc. ;
 - 4° Les fugues dans les états délirants chroniques ;
 - 5° Les fugues dans les états maniaques ;
 - 6° Les fugues dans les états démentiels ;
- Enfin les fugues chez les enfants et les militaires.

Ces diverses fugues présentent des caractères assez tranchés pour que le diagnostic en soit ordinairement facile. Ce qui paraît plus difficile parfois, c'est de les rattacher à un syndrome ou à une entité morbides ; les fugues hystérique et épileptique, qui, pendant longtemps, ont été d'un diagnostic différentiel théorique si facile, ne paraissent pas, à l'heure actuelle, pouvoir, de par les observations publiées, être facilement distinguées.

VII. — *Les perversités du caractère chez les hystériques* ; par

le D^r P. Hartenberg (numéro de septembre-octobre). — L'hystérie traditionnelle, dont le domaine si vaste englobait tant de symptômes disparates, s'émiette et s'effrite à l'heure actuelle; les perversités du caractère même, qui paraissaient bien et dûment appartenir à la névrose, pour certains auteurs, doivent en être distraites et rattachées à la dégénérescence mentale coexistant avec l'hystérie. L'auteur reconnaît qu'il y a une part de vérité dans cette manière de voir, mais cherche à montrer que la forme même que prennent ces perversions (mensonge, vanité, érotisme), quand elles existent, relève directement de l'hystérie. Elles prennent un cachet hystérique et s'enrichissent « dans leurs manifestations d'une abondante et fantaisiste fabulation, issue de cet excès d'imagination plastique mal contrôlée qui constitue le fondement de la mentalité hystérique ». En matière de conclusion : « tout ce qui est perversité est dégénérescence ; tout ce qui est fabulation est hystérie ».

VIII. — *Le sourire et le rire dans la démence précoce* ; par M^{lles} Pascal et Nadal (numéro de septembre-octobre). — Les auteurs étudient d'abord les diverses modalités du sourire dans la démence précoce. Il peut être paradoxal, paramimique, ou bien dissocié en hauteur ou en largeur (latéralisme) ; enfin la dissociation peut être générale, donnant lieu à la cacophonie expressive. Toutes ces modalités ont la plus grande tendance à la stéréotypie.

Le rire peut se présenter, outre le rire réaction, sous trois formes pathognomoniques : 1^o le rire impulsif, explosif, qui n'est autre qu'un rictus ; 2^o le rire anormalement prolongé ; 3^o le rire échokinétique. Le rire impulsif, le plus fréquent, peut être explosif, niais et silencieux, enfin se montrer sous la forme de fou rire incoercible. Un caractère clinique important du rire des démences précoces, c'est « qu'il y a rarement décharge motrice diffuse. Ce rire est surtout produit par l'appareil respiratoire et phonateur ; il ne provoque pas la rougeur du visage et la mimique faciale n'y participe que très peu ». Tous ces caractères cliniques permettent d'attribuer au rire et au sourire une grande valeur diagnostique, en particulier quand il s'agit de dépister la simulation.

Gazette des Hôpitaux.

I. — *De l'épilepsie* ; par le D^r L. Marchand (n^o 13). — L'épilepsie névrose n'existe pas. A l'heure actuelle, on ne peut

parler que d'épilepsie syndrome toujours lié à des lésions cérébrales : sclérose méningo-corticale sans lésion du cortex sous-jacent dans les cas où l'épilepsie est toute l'affection, avec lésions de corticalite chronique dans les cas compliqués d'idiotie ou de démence. Enfin, dans un dernier groupe se rangent les cas d'épilepsie apparaissant dans des cérébropathies à lésions cérébrales bien déterminées. Toutefois on observe en clinique un syndrome épileptique curable (infections, intoxications); il faut alors penser que la lésion a pu être curable elle-même; les lésions chroniques commanderont l'étiologie des accès convulsifs isolés ou associés à d'autres troubles moteurs, sensitifs, sensoriels ou intellectuels.

II. — *L'automatisme ambulatoire*; par les D^{rs} R. Benon et P. Froissart (n° 86). — Etude de la fugue par automatisme ambulatoire survenant chez les hystériques, les épileptiques et quelques alcooliques. Elle est constituée quand il y a disparition du sujet, brusquement entré, sans état obsédant préalable, dans un état de conscience particulier, dont la durée peut aller de quelques heures à quelques mois; ordinairement suivi d'amnésie de conservation localisée exactement à la période de l'état second et complété plus rarement d'amnésie légèrement rétrograde ou bien encore de reproduction, simplement transitoire. Bibliographie très complète de la question.

III. — *Sur une forme clinique de névrose cardiaque (Phrénocardie de Herz)*; par le D^r Mauriceau-Beauchant (n° 119). — Observation intéressante, très détaillée, d'un syndrome donné par l'auteur comme type de phrénocardie de Herz : douleurs précordiales procédant par accès, troubles respiratoires, troubles cardiaques, tachycardie, faux pas, palpitation, enfin crises paroxystiques à intervalles éloignés.

IV. — *Epilepsie et délire sans amnésie*; par le D^r R. Benon (n° 147). — Observation d'un cas d'état hallucinatoire aigu post-paroxystique, sans confusion et sans amnésie de reproduction pour ce qui a trait à la période délirante. Pas de conclusion ferme en ce qui concerne l'attribution certaine de ces états à l'épilepsie.

A. ALBÈS.

BIBLIOGRAPHIE

Le vagabond. Ses origines, sa psychologie, ses formes. La lutte contre le vagabondage; par le D^r A. Pagnier. Préface de M. le D^r Dubief, 1 vol. in-18 de 244 pages. Paris, Vigot frères, 1910.

La question du vagabondage étant toujours d'actualité, M. A. Pagnier a cru devoir faire paraître à nouveau sa thèse (Du vagabondage et des vagabonds. *Thèse*, Lyon 1906), légèrement augmentée de volume, mais bien peu rajeunie. L'importance de l'ouvrage nous paraît surtout dévolue à ce qu'il est préfacé par M. le D^r Dubief, vice-président de la Chambre des députés, ancien ministre et président, comme l'on sait, de la Commission parlementaire chargée d'examiner toutes les propositions de loi déjà déposées sur le vagabondage et de formuler un texte définitif.

M. Pagnier, dans son étude sur le vagabond, passe successivement en revue ses origines, sa psychologie, ses formes, et termine logiquement par l'exposé des moyens permettant de lutter contre le vagabondage.

I. — L'homme, dit-il, est né vagabond; descendant du singe et mis au monde au milieu des tropiques, il a dû se déplacer peu à peu en raison de sa pullulation, et la vie nomade s'est imposée à lui comme elle s'impose aujourd'hui encore pour les populations sauvages dont le lendemain matériel n'est pas assuré. Cette thèse de l'instinct nomade préhistorique déjà exposée par Florian et Cavaglieri est évidemment très ingénieuse, mais bien hypothétique au point de vue historique et difficilement acceptable au point de vue psychologique. L'individu que des nécessités vitales forcent à s'éloigner de son pays d'origine et à chercher ailleurs des conditions d'existence plus favorables ne nous apparaît point comme un vagabond, ni même comme un précurseur du vagabond. Les peuples migrants, pas plus que les oiseaux de passage, ne sont des vagabonds. Et je doute pareillement que l'on puisse considérer les

hordes armées dont les incursions, provoquées par la nécessité du pillage et des razzias, désolèrent la Gaule durant plusieurs siècles comme représentant une forme particulière de vagabondage ethnique. Quoi qu'il en soit, la naissance des vagabonds extra-sociaux, au 11^e siècle de l'ère chrétienne, dans la Gaule courbée sous le joug de la domination romaine, écloso à la faveur du paupérisme, du brigandage et de la contagion mentale, l'histoire des compagnies de routiers du Moyen-âge, de ces bandes de malandrins et chauffeurs composées d'un ramassis hétéroclite de paysans ruinés, de soldats pillards et assassins, de dégénérés de toute espèce..., bref, les origines du vagabondage contemporain sont des plus intéressantes et je regrette seulement que le chapitre en ait été trop court et que l'auteur n'ait pas cru devoir citer l'ouvrage si documenté de Louis Rivière (*Mendiants et vagabonds*, Paris 1902), ni le travail récent de Marie et Meunier (*Les vagabonds*, Paris 1908).

II. — Le vagabond d'aujourd'hui est un déchet social, un être extra et anti-social. La note prédominante de sa psychologie est « la paresse, l'apathie, la faiblesse du corps (?) et de l'esprit, qui se manifeste dans l'attention et la volonté, l'inaptitude à un travail continu ». Sans vouloir critiquer ce chapitre psychologique — dont l'importance eût certainement mérité un plus ample développement — je ne pense pas que l'on puisse saisir en quelques lignes la psychologie du vagabond. Le vagabond n'existe pas; il y a seulement des milliers et des milliers d'errants, appartenant à toutes les classes de la société, bien que dans l'immense majorité à la classe misérable, et dont l'état d'âme est bien différent suivant les causes, pathologiques, sociales ou économiques, de leur vagabondage. Je ferai, d'autre part, à M. Pagnier le reproche d'être un absolutiste trop audacieux quand il dit que « tous les errants mendent et volent », et que « les comédiens, les chanteurs qui parcourent les tréteaux du monde, les camelots sont eux aussi des vagabonds ». De même, il est téméraire, parce que Vacher, obsédé sadique conscient, fuyait le théâtre de ses crimes afin de sauver sa tête, de déclarer que « les criminels ont une véritable propension à errer », ou encore, parce que certains vagabonds *paranoïaques* affichent des idées anarchistes, de décréter que « les anarchistes sont encore des vagabonds ».

III. *Les causes du vagabondage*. — Ce chapitre est évidemment d'une telle difficulté à rédiger, car on se heurte à tout moment, lorsqu'on analyse la genèse psychologique de chaque

cas particulier de vagabondage, à un mélange déconcertant et inextricable d'éléments variés de causalité, psychopathiques et sociaux, héréditaires et individuels, fatals et fortuits, que je me serais contenté de citer les causes invoquées par l'auteur, si M. Pagnier n'avait écrit qu'à ses yeux « le vagabond, fou véritable, dément, est rare », et que l'intérêt des observations de vagabonds vésaniques est secondaire. C'est là une grave assertion qu'un médecin d'asile ne peut laisser passer. Je ne méconnais certes point l'existence du vagabondage d'origine économique et sociale chez les individus intellectuellement sains, mais la grande majorité des vagabonds sont entachés de tares psychopathiques diverses (débilité mentale prononcée, amoralité pathologique, déséquilibre constitutionnel avec inadaptabilité sociale), ou atteints d'affections mentales caractérisées (démence précoce, délire systématisé hallucinatoire ou interprétatif, paranoïa, alcoolisme chronique à forme délirante ou dementielle, etc.) et doivent rentrer dans la catégorie des « fous véritables » délirants ou non.

IV. — Le dernier chapitre du livre de M. Pagnier traite, comme nous l'avons dit, de la lutte contre le vagabondage; nous y trouvons exposées les idées que M. Dubief a défendues si éloquemment au sein de la Commission parlementaire dont il est le président; c'est assurément le meilleur, et de beaucoup.

ROGER DUPOUY.

Pensylvania Hospital. Annual Report of the department for the insane for the year ending fourth month twenty second nineteen hundred and nine (Rapport annuel du service des aliénés de l'hôpital de Pensylvanie pour l'année finissant le 22 mars 1909). Broch., in-8° de 36 pages avec planches. Philadelphie, 1909.

Le rapport en question forme une brochure illustrée de photographies reproduisant les principaux aspects de l'établissement: constructions élégantes, vastes pelouses, beaux ombrages.

Un directeur-médecin est à la tête de cet établissement qui peut être considéré en quelque sorte comme un asile autonome puisqu'il a été créé par des legs et des dons privés et qu'il ne reçoit pas d'argent du trésor public (page 9).

Le nombre des malades hommes ou femmes présents au

22 mars 1909 est de 449; les admissions dans l'année écoulée ont atteint le chiffre de 211 et le nombre total de malades traités 660. Le mouvement de l'asile se résume ainsi : guéris 48, très améliorés 27, améliorés 26, même état 40; décès, 46, ce qui fait une proportion de 6,9 p. 100.

Le rapport fait appel à la générosité des donateurs, car le nombre des malades va augmenter du fait de la crise industrielle qui a sévi aux Etats-Unis et qui se marque par un moins grand bien-être, plus de soucis et de chagrins.

Alors qu'autrefois on ne venait à l'asile que dans les cas extrêmes ou lorsque les malades étaient incapables de fournir aucun travail chez eux, on a reconnu peu à peu les ressources de l'asile et on y conduit davantage les malades. Mais on n'a pas fait table rase encore des préjugés qui se dressent contre les maladies mentales et contre le séjour dans les asiles; la folie n'est pas encore considérée comme une maladie, et le régime auquel sont soumis les aliénés y contribue. Alors en effet qu'un hôpital général peut recevoir sans formalité légale des malades dans un état d'inconscience et de délire, un asile ne peut pas admettre sans une procédure légale, un maniaque, un mélancolique ou un vésanique quelconque. Cette distinction est anormale et s'ajoute aux hésitations qu'ont les familles à placer leurs malades dans les asiles, de peur de la publicité, de peur que la capacité civique soit atteinte, de peur qu'un mauvais renom persiste sur la famille. Ces craintes ne sont pas fondées, mais il est encore des médecins qui ne conseillent l'asile qu'à la dernière limite ou seulement quand le malade est dangereux, violent ou sale. Pour remonter ce courant, il faut améliorer le sort des aliénés, les réunir par genre de maladies, orner et embellir leur séjour. D'autre part les mots « aliéné » et « folie » sont désagréables; déjà le mot Hôpital a remplacé celui d'Asile, mais on pourrait l'appeler peut-être « Sanatorium pour maladies nerveuses ».

Les formalités d'admission auxquelles il est fait allusion consistent en un certificat médical délivré par deux médecins qui doivent résider tous deux dans l'état de Pensylvanie; ces médecins doivent avoir examiné le malade moins d'une semaine avant l'entrée, et le certificat doit être légalisé par un magistrat ou un officier judiciaire, sauf un notaire.

Si le malade est retiré non guéri avant l'expiration du premier trimestre, et ce malgré l'avis ou le conseil du médecin-chef, la pension est due pour tout le trimestre; sinon la pension

n'est due que pour le temps passé à l'asile, à condition toutefois que le séjour soit de un mois au moins.

Quatre médecins outre le directeur-médecin assurent le service; rappelons que l'asile comprenait seulement 449 malades au 23 mars et qu'il y a eu 660 malades traités dans l'année.

Le budget de la pharmacie est de 13.500 francs environ.

Suit une liste des donations pour les fêtes de l'année, les amusements, les distractions : environ 5.000 francs, et le chapitre correspondant du budget est de 6.000 francs. Les recettes totales sont de 1.400.000 francs environ.

D^r EDMOND CORNU.

Thirty-first biennial Report of the Trustees, Superintendent and Treasurer of the Illinois Hospital for the Insane at Jacksonville 1^{er} juillet (Trente et unième rapport biennal des administrateurs, directeur et receveur de l'hôpital central de l'Illinois pour aliénés, à Jacksonville). Brochure, in-8° 63 pages, Springfield, 1909.

Ce rapport qui, remarquons-le, est biennal, comprend trois parties réservées aux administrateurs, au directeur et au receveur-trésorier; ils y expriment séparément les desiderata, les améliorations réalisées dans le dernier exercice et le compte de gestion.

L'hôpital de Jacksonville comprenait à la fin de l'exercice (30 juin 1908), 1.447 malades: 385 malades, hommes ou femmes, y avaient été admis durant l'année. Les sorties se répartissent en 77 aliénés guéris, 167 améliorés et 27 non guéris, soit un total de 271 et un pourcentage de 18 p. 100 sur le nombre total et de 63 p. 100 sur les admissions de l'année. Les décès figurent dans la statistique au nombre de 123, soit dans une proportion de 8,6 p. 100.

Une liste très détaillée des causes de la folie est fournie; elle comprend jusqu'à des causes comme « mort d'un oncle », « hérédité, religion, tabac, morphine », dont chacune pourrait aussi bien être d'une étiologie suffisante. Ces causes sont d'ailleurs si diverses qu'elles ne concernent en majorité qu'un malade. Par contre, ne figure pas la classification des malades par affection mentale, et on constate d'ailleurs l'absence du rapport médical.

Le prix d'entretien calculé par tête et par an est de 140 dol-

lars, soit 700 francs, et la Commission demande son relèvement à 750 francs, soit 2 fr. 06 par jour. Combien d'asiles français ont à envier une telle situation financière !

Le remplacement des escaliers en bois par des escaliers en fer est demandé à cause des dangers d'incendie, de même que la création de préaux et de promenoirs cimentés pour permettre aux malades les promenades par toute température.

22 hectares environ de terres cultivables sont annexés à l'asile de Jacksonville ; la Commission demande la constitution d'un domaine de 70 hectares.

15.000 francs sont réclamés pour les travaux de peinture ; deux peintres aidés de malades sont occupés constamment à ces travaux.

2.500 francs sont jugés nécessaires pour l'entretien de la bibliothèque, des journaux et de l'écritoire des malades.

L'encombrement existe dans cet asile et on évalue à 200 le nombre des malades supplémentaires : on demande la construction de nouveaux locaux. Un local avec salle de distraction devrait être construit, dit le rapport, pour les infirmiers ; ce serait une façon de les retenir davantage, de les rendre plus stables, car le directeur constate avec regret des changements trop fréquents dans ce personnel. Il en attribue une raison à ce fait qu'ils demeurent continuellement dans le même local que les malades et s'en lassent.

La construction d'un pavillon pour tuberculeux est réclamée, et cependant les décès par tuberculose ne figurent que pour quelques unités.

Le restraint a été aboli ; mais pour arriver à ce résultat absolu, le « restraint humain » doit être utilisé dans un certain nombre de cas, et pour ce faire il faut une augmentation numérique du personnel ou exiger une force physique plus grande.

On s'est efforcé de procurer aux malades de nombreuses distractions (représentations théâtrales, cinématographes, jeu de paume, balle, croquet, tennis, etc..., danses deux fois par semaine l'hiver, concert musical hebdomadaire l'été).

Des travaux manuels ont été organisés (ouvrages en raphia ; tressage de paniers, de nattes ; fabrication d'objets en cuir ; découpage de patrons).

Un cours élémentaire est institué pour les malades arriérés ; de même un cours d'infirmières existe depuis six ans et est assuré par le personnel médical.

- Ajoutons pour terminer que le Directeur reçoit un traitement

de 18.000 francs et les quatre médecins 6.000 francs chacun, soit une différence très sensible dont l'explication nous échappe.

D^r EDMOND CORNU.

Sull' origine delle idee coatte (Sur l'origine des idées forcées); par le D^r Cipriano Giachetti. Broch., in-8°. Extrait de la *Rivista di psicologia applicata*. Juillet-août, 1909.

Les idées obsédantes ou fixes, ou forcées, ainsi que l'auteur estime qu'il serait mieux de les appeler, en raison de l'impossibilité dans laquelle se trouve le sujet de s'y soustraire, intéressent le psychologue et l'aliéniste, moins par leur contenu que par leur origine.

Née dans le cours du développement de la pensée normale, à l'instar d'une représentation indifférente ou déplaisante, mais dans tous les cas sans importance, l'idée obsédante, puis forcée, pénètre « comme un ver rongeur » dans la conscience de l'individu, et s'y associe avec des idées et des sensations qui augmentent son importance; elle finit par envahir toute la conscience, par devenir énorme et obligatoire pour l'individu qui ne peut s'y soustraire et la repousser.

De la prévalence que l'idée obsédante acquiert sur toutes les autres, dépend un état plus ou moins marqué d'inquiétude qui trouble la vie de l'individu. Il s'ensuit une émotivité exagérée qui s'exacerbe dans le conflit s'élevant entre l'idée dominante et la volonté. Il ne semble pas à l'auteur, par conséquent, que l'émotion soit antérieure à l'obsession; il estime, au contraire, qu'elle lui est consécutive et que, au début, il existe simplement une exagération des processus critiques, une sorte d'état de « contraste intérieur » qui constitue le doute.

Si les éléments constitutifs des idées forcées sont connus de tous, un peu d'incertitude règne à l'endroit de leur origine. L'auteur estime que cette origine doit être recherchée dans le caractère et le tempérament de l'individu, dans les particularités de son éducation et du milieu dans lequel il a grandi. Le trouble primitif est de nature intellectuelle; c'est une faiblesse, une incapacité ou une anomalie psychique. L'idée forcée doit subir une lente et logique évolution dans un tel terrain constitutionnel; ce terrain constitutionnel n'est lui-même anormal que dans ses tendances et il ne traduit ses déficiences qu'à l'occasion des réactions; l'anomalie est donc surtout une ano-

malie affective. Aussi Janet a-t-il raison de faire rentrer les idées forcées dans le cadre de la psychasthénie : on retrouve chez ceux qui en sont le jouet, de la timidité, de la faiblesse volitive, des tendances exagérées à la critique, au doute, aux scrupules, à l'émotivité, tout cela ne se terminant jamais par le développement d'une psychose proprement dite. Il en résulte que le traitement des idées obsédantes et fixes ne peut être cherché ailleurs que dans la rééducation, dans le développement de la volonté, dans le changement des habitudes morbides ; mais ce traitement ne peut donner que des résultats partiels en raison de la constitution défectueuse des malades.

Aussi les idées forcées sont-elles une preuve de l'importance énorme qu'a l'éducation pour les jeunes, puisque déjà, lorsque des circonstances longuement préparées ont permis au syndrome obsédant de se développer, la rééducation permet encore d'obtenir des résultats qui ne sont pas négligeables.

A l'appui de cette étude, l'auteur rapporte l'observation d'une femme de quarante-cinq ans, qui constitue un cas particulièrement intéressant de misophobie. On retrouve dans l'enfance de cette malade de la sensibilité exagérée, des scrupules, de la difficulté à se déterminer ; dans l'adolescence, des phobies, des crises d'hypocondrie déterminées par la lecture d'ouvrages médicaux, des périodes de scrupules religieux, tous phénomènes plutôt exagérés par l'éducation conventuelle et familiale. Vinrent ensuite, par évolution successive, par habitude de tenir beaucoup trop compte des choses minimes et des faits les plus insignifiants, les premières impressions de répugnance vis-à-vis des choses sales, de la poussière et de tout ce qui aurait pu être sali.

Sans être arrivé à faire disparaître tous ces phénomènes, l'auteur est arrivé cependant à obtenir une atténuation de certaines habitudes fâcheuses et de l'émotivité grâce à une longue et patiente rééducation psychique.

La psychothérapie agit peu par le raisonnement, qui ne peut guère lutter contre le défaut original de réflexion ; mais elle donne des résultats appréciables en tant que méthode de rééducation, quand elle permet la suppression de mauvaises habitudes, quand elle parvient à rendre l'existence supportable en réhabituant le malade aux convenances sociales, et quand elle rend possible pour lui la vie familiale en atténuant les réactions extérieures des obsessions.

LUCIEN LAGRIFFE.

Précis d'auto-suggestion volontaire, par le Dr Géraud-Bonnet, d'Oran. Un vol. in-18 de 300 pages. Paris, Jules Roussel, 1910.

Le titre de ce livre rend perplexe, tant il implique de contradictions. Qui dit *suggestion* dit le contraire de *volonté*. Pour recevoir une suggestion, il faut être en état de passivité cérébrale. L'auto-suggestion, jusqu'ici, voulait dire : subir passivement, exagérément et inconsciemment l'idée d'une impression vive, d'une émotion, d'un choc physique ou moral. Que peut bien vouloir dire *auto-suggestion volontaire*? L'auteur n'est pas embarrassé pour répondre; il prétend que le manque de volonté chez le sujet suggestible n'est qu'apparent; que la suggestibilité et la volonté étant deux facultés distinctes, différentes l'une de l'autre, indépendantes l'une de l'autre, elles peuvent ajouter leurs effets; et alors : « quand un sujet opère, souvent et régulièrement, sur lui-même, sa pensée et sa volonté ne tardent pas à se discipliner; l'état de suggestibilité, qui lui est nécessaire et qu'il recherche, s'établit très vite; et ce sujet peut, par auto-suggestion, obtenir des effets remarquables. Il peut, tout seul, par sa propre volonté, augmenter son énergie morale, sa force physique, maîtriser ses passions, combattre ses défauts avec succès, se débarrasser d'une habitude vicieuse, commander quelquefois même à la douleur et la supprimer ».

Je vois bien, dans tout cela, l'effort héroïque de la volonté, je ne vois pas ce qu'y vient faire l'auto-suggestion; ou plutôt, dans le langage de l'auteur, les deux expressions semblent se confondre tout en conservant la prétention d'exprimer deux idées différentes. « Tu peux être invincible si tu ne descends au combat que lorsqu'il est en ton pouvoir de vaincre », a dit Epictète qui ne connaissait pas l'auto-suggestion mais qui, sans doute, avait confiance dans l'exercice soutenu de la volonté. Son idée est la même que celle de M. Bonnet, seulement elle est plus claire.

Nous ne voudrions pas trop insister; cependant, force est bien de dire que, tout le long du volume, le terme d'auto-suggestion est pris, tantôt dans son sens véritable qui implique la passivité inconsciente du sujet, tantôt dans le sens absolument opposé de volonté réfléchie et agissante.

En somme, le but de ce livre est d'améliorer l'individu, de développer la vigueur physique, l'énergie morale, la fermeté

de caractère; en un mot, d'enseigner le moyen de *devenir quelqu'un*. Pour y arriver, l'auteur préconise toute une série d'exercices physiques dont la répétition systématique doit produire un entraînement efficace : insensiblement, on progresse dans la maîtrise de soi-même; on commande à sa pensée, à tous ses organes, on prend conscience de sa vigueur sous toutes ses formes; ainsi se développe la force, l'énergie, la puissance personnelle.

Soit. Faisons de la gymnastique, pratiquons les sports, éduquons notre volonté, concentrons notre attention, cultivons notre moi. C'est ce que M. Bonnet, professeur d'énergie, résumerait, si l'euphonie ne s'y opposait, par son expression favorite : *auto-suggestionnons-nous !*

A. CULLERRE.

Di una insolita sindrome viscerale dello stato depressivo (Sur un symptôme viscéral inhabituel de la dépression); par le Dr G. Franchini. Broch. in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1907.

Chez une malade atteinte de folie maniaco-dépressive, l'auteur a eu l'occasion d'observer un étrange et inhabituel symptôme viscéral. Il s'agissait d'une femme de quarante ans qui, au cours seulement des phases mélancoliques de sa maladie, présentait des préoccupations hypocondriaques avec crainte d'une affection gastro-intestinale qui semblait justifiée par l'existence des phénomènes suivants : état saburral de la langue, alternatives de diarrhée et de constipation, fortes douleurs à la partie supérieure de l'abdomen et particulièrement au creux épigastrique, perte de la sensation de faim, refus des aliments et régurgitation des aliments artificiellement introduits dans l'estomac qui était absolument intolérant. L'analyse du suc gastrique et celle des urines ne donnèrent aucune indication; cependant, le suc gastrique était hypo-acide et contenait un peu d'acide lactique.

Les mêmes phénomènes ne se reproduisirent donc qu'au cours des accès de dépression qui furent au nombre de quatre; ils finirent par entraîner la mort par inanition. Les hypothèses de vomissement hystérique, de vomissement urémique, de vomissement cérébral durent être éliminées.

L'autopsie ne donna aucun résultat, sauf des lésions d'enté-

rocolite muco-membraneuse et de la tuméfaction trouble des reins.

Après une revue des différentes opinions émises sur les rapports qui existent entre les altérations viscérales et l'hypochondrie, l'auteur en arrive à cette conclusion : que dans toutes les observations analogues on se trouve toujours en présence d'individus que leur cerveau originairement débile prédispose à la folie. Sur le fond de débilité psychique ou de constitution psychique anormale surviennent des troubles nerveux qui déterminent des désordres organiques, particulièrement au niveau de la sphère végétative; l'attention du malade se porte et se concentre sur ces désordres avec une intensité qui rend plus sensibles les plus légers troubles de la cénesthésie et prédispose aux idées hypochondriaques.

Les manifestations des fonctions viscérales altérées dépendent en partie de conditions organiques réelles et peuvent, d'un autre côté, être exagérées ou provoquées involontairement par le désordre psychique grâce à un mécanisme qu'il n'est pas encore possible d'élucider.

LUCIEN LAGRISSE.

El alcoholismo mental en el Uruguay (L'alcoolisme mental dans l'Uruguay); par le Dr Bernardo Etchepare. Broch., in-8°. Extrait de *Revista medica del Uruguay*, juin 1909.

Etude statistique des alcooliques aliénés entrés pendant une période de dix ans (depuis 1899) dans l'Asile national, qui reçoit la presque totalité de ces malades. Ceux-ci atteignent un pourcentage moyen relativement faible par rapport à ceux des pays d'Europe, soit : 21,60 p. 100 pour l'homme et 2,62 p. 100 pour la femme. Les chiffres recueillis confirment les notions générales acquises sur la plus grande fréquence de l'alcoolisme dans la classe pauvre (journaliers et ménagères en tête, puis ouvriers divers), et chez l'adulte de l'un et l'autre sexe. L'alcoolisme est rare au delà de soixante ans, et l'alcoolisme infantile est ignoré dans l'Uruguay. L'influence, inverse dans les deux sexes, du célibat et du mariage ne diffère pas de ce qu'elle est dans les autres pays. Les autochtones et les nombreux étrangers immigrés fournissent à l'alcoolisme une contribution très inégale, les premiers tenant la tête avec une proportion de 39,06 p. 100; puis viennent, par ordre

décroissant, les Italiens (28,65 p. 100), les Espagnols (17,46 p. 100), les Français, les Brésiliens, les Argentins, les Autrichiens, les Allemands (en infime minorité, variant de 3,13 p. 100 à 1,34 p. 100 pour ces cinq dernières nationalités). Malheureusement, nous ne sommes pas renseignés sur le contingent respectif de chacun de ces groupes ethniques dans la population totale du pays. Nous savons seulement que les Uruguayens forment la majorité de cette population.

Les formes de psychoses alcooliques le plus souvent traitées à l'Asile national sont : l'alcoolisme subaigu, l'alcoolisme chronique, enfin les formes associées (association de l'alcoolisme avec d'autres états psychopathiques, tels que dégénérescence mentale, manie, épilepsie, etc.). Ce travail se termine par des considérations sur la prophylaxie de l'alcoolisme, qui ne peut être réalisée que par la propagande à l'école et dans les associations de toutes sortes, et par l'internement légal des buveurs d'habitude pour une durée minima de six mois à un an.

L. ARSIMOLES.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BINET-SANGLÉ. La folie de Jésus. Ses connaissances, ses idées, son délire, ses hallucinations. T. II, 1 vol. in-8° de 516 pages. Paris, A. Maloine, 1910.

FREDERIC LYMAN WELLS. Motor retardation as a mania depressive symptom, 52 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, juillet 1909.

— Sex differences in the tapping test : an Appreciation, 13 pages, in-8°. Extrait de l'*American Journal of Psychology*, juillet 1909.

GIUSEPPE FRANCHINI. Di una insolita sindroma viscerale dello stato depressivo, 19 pages in-8°. Extrait de *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1907.

— La grafica psicométrica dell' attenzione nei maladi di mente, 39 pages in-8°. Extrait des *Annali di neurologia*, 1909.

STANLEY ABBOT. Forms of insanity in five years' admissions to and discharges from the hospitals for the insane in Massachusetts, 12 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, juillet 1909.

FREDERIC H. PACKARD. The Manich psychiatrie clinic,

5 pages in-8°. Extrait du *Report of the State Board of Insanity*. Boston, 1909.

Fifty-eighth annual report of the state Lunatic hospital at Harrisburg, Penna, for the year ending september 30, 1908, 55 pages in-8°. Harrisburg, 1909.

GIUSEPPE ANTONINI. La mimica della giavia. Conferenza tenuta in Milano, il 22 maggio 1909, alla R. Accademia di Belle arti di Brera, 13 pages in-4°. Extrait de *Conferenze e prolusioni*. Rome, 1909.

BERTHOLD KERN. Das Erkenntnisproblem und seine kritische Lösung, 195 pages in-8°. Berlin. Berlin, August Hirschwald, 1910.

AFRANIO PEIXOTO. Elementos de medicina legal. 1 vol. in-8° de 523 pages, cart. à l'anglaise. Rio-de-Janeiro, Francisco Alves et C^{ie}, 1910.

VICTOR DELFINO. Anuario ciëntifico é industrial, ano 1909, avec une préface du Dr José Comas Solu. 1 vol. in-8° de 119 pages. Barcelona, F. Granada y C^{ie}. S. d.

WILHEM LANGE. Die Psychose Maupassants. Ein kritischer Versuch. 18 pages in-8°. Extrait du *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. Leipzig, 1909.

P.-J. MÖBIUS. Nietzsche. 3^e édition, 1 vol. in-8° de 194 pages avec un portrait. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1909.

A. MAIRET et E. SALAGER. La folie hystérique. 1 vol. in-8° de 252 pages, Paris, Masson et C^{ie}, 1910.

KARL GRAETER. Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus. Eine klinische Studie ueber Demenz und chronisch paranoide Psychosen scheinbar alkoholische Natur. 1 vol. in-8° de 200 pages. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1909.

CHARLES PERRIER. La grande envergure et ses rapports avec la taille chez les criminels. 73 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale*, août-septembre 1909.

P. NAECKE. Die Gehirnoberfläche von Paralytischen. Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen erläutert mit einer Einleitung Versehen. In-folio avec préface du professeur Flehsig, de Leipzig. Leipzig, F.-C.-W. Vogel, 1909.

O. RANKE. Beiträge zur Kenntnis der normalen und pathologischen Hirnrindenbildung. 75 pages in-8° avec planches et figures dans le texte. Extrait des *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie*. Iéna, 1909.

E. DUPRÉ. Mythomanie infantile. Un cas de fugue suivie de fabulation. 10 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, août 1909.

— Le témoignage au point de vue médico-légal. 7 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1909.

G. ANTONINI et G.-B. CANTARUTTI. Progetto del nuovo manicomio di Siracusa. 16 pages in-8° avec plans. Extrait du *Bollettino dei Manicomi*, Genova, 1909.

A. GRIMALDI. Il Museo Ciaramella. Ricerche di psicologia sperimentale applicate alla psichiatria forense. 70 pages avec figures dans le texte. Extrait du *Manicomio*, 1908.

G. CORRADO, A. GRIMALDI et A. RAFFACLE. La personalità somato-psichica d'una isterica omicida. 148 pages in-8°. Napoli, Teco-Salvietti, 1907.

JULIUS DONATH. Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nuklein-Injektionen. 8 pages in-8°. Extrait de *Wiener klinischen Wochenschrift*, 1909.

— Der Wert des Chlormalciums in der Behandlung der Epilepsie. 20 pages in-8°, avec planches. Extrait d'*Epilepsia*. Amsterdam, s. d.

HENRI DAMAGE. La confusion mentale, la démence et les psychoses toxiques. 12 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, numéro du 28 novembre 1909.

GINO VOLPI GHIRARDINI. Sulla demenza paralitica conjugale. 10 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, vol. II, fasc. 9.

M. BACELLI. Nuove ricerche sul potere riduttore delle urine nei malati di mente. 42 pages in-8°. Extrait de *Il Manicomio*, 1909.

Société genevoise de patronage des aliénés. Quatrième assemblée générale du mardi 4 mai 1909 à l'Athénée. 71 pages in-8°. Genève. Imprimerie Albert Kundig, 1909.

State of New-York. State commission in Lunacy. Twentieth Annual report. October 1, 1907, to september 30, 1908. 1 vol. in-8° cart. de 1704 pages, avec planches. J. B. Lyon Company, 1909.

M. W. HASELTINE. A great Thinker. Emanuel Swedenborg and his works. 40 pages in-16. Extrait du *New-York Sun*, septembre 1908.

JOHN WHITEHEAD. A study of Swedenborg's psychical states and experiences. 19 pages in-8°. Extrait du *New Church Review*, juillet 1909.

HAVELOCK ELLIS. L'inversion sexuelle. Tome II des Etudes de psychologie sexuelle. Traduction française par A. Van Gennep. 1 vol. in-8° de 338 pages. Paris, Mercure de France, 1909.

Commemorazione di Cesaro Lombroso, 7 novembre 1909, nel teatro Minerva in Udine. Discorso del prof. G. Antonini, 43 pages in-12. Udine. Tipografia Arturo Bosetti, 1909.

A. JOFFROY et R. MIGNOT. La paralysie générale. 1 vol. in-18 Jésus cartonné de 443 pages, de l'*Encyclopédie scientifique*. Paris. O. Doin et fils, 1910.

VICTOR DELFINO. Fisiología é Higiene de la voz. Precedido de un discurso preliminar sobre la voz y la palabra é el origen del lenguaje. 2 vol. in-12, 200 + 199. Buenos Aires, Mancci Hermanos é Hijos, 1909.

BERTHOLD KERN. Die psychische Krankenbehandlung in ihren wissenschaftlichen Grundlagen. Vortrag, gehalten im Verein für innere Medizin in Berlin am 15 November 1909. 58 pages in-8°. Berlin, August Hirschwald, 1910.

FRANCO DA ROCHA. Assistência familiar aos insanos em S. Paulo. Communication faite au quatrième Congrès médical latino-américain de Rio-de-Janeiro, 4 pages in-8°. Rio-de-Janeiro, Imprensa national, 1909.

A. ROBIET. Les auxiliaires du médecin d'asile, 216 pages in-12. Paris, V. Giard et E. Brière, 1910.

Evangelische Heilanstalt « Sonnenhalde » für weibliche « Gemütskranke » bei Riehen. Neunter Jahresbericht (1 September 1908 bis 31 August 1909). 31 pages in-8°. Basel, 1909.

CESARE AGOSTINI. La mente et l'opera di Cesare Lombroso. Cenno commemorativo letto nel trigesimo della morte nell' Aula magna della Università di Perugia. 24 pages in-8° avec portrait. Perugia, 1909.

— Emianestesia sensitivo-sensoriale ed enuresi in un caso di isterismo traumatico. Contributo allo studio delle manifestazioni tardive della nevrosi traumatico. 26 pages in-8°. Extrait des *Annali del Manicomio prov. di Perugia*, 1909.

The one hundred and twelfth annual report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane. November 1909. 43 pages in-8° avec planches. Baltimore. Press of James Young, 1909.

G. FORNACA. I disturbi psichisi in rapporto colle sindromi ovariche. 23 pages in-8°. Extrait de *Il Policlinico*. Rome, 1909.

ASCANIO ARETINI. Demenza precoce con rapidissimo esito in fase terminale. 25 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1909.

MAX FISCHER. Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden. 64 pages in-4°. Carlsruhe, 1909.

— Die einheitliche Gestaltung der Jahresberichte der Irrenanstalten. 22 pages in-8°. Extrait du *Dritter internationaler Kongress für Irrenfürsorge* (1908). Vienne, 1905.

GIACINTO FORNACA. Il suicidio negli isterici. 39 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1910.

L. PRON. Entéro-colite. Estomac et système nerveux. 132 pages in-12. Paris, Jules Rousset, 1910.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêté du ministre de l'Instruction publique du 15 février 1910 : M. le D^r BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes, est chargé d'un cours complémentaire de médecine mentale à l'Ecole de médecine de Nantes.

— *Arrêtés de janvier 1910 :* M. le D^r RICOUX, médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche), est nommé directeur-médecin de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure (Allier).

— M. le D^r DEZWARTE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est promu à la 2^e classe de son grade (6.000 francs).

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine, dans sa séance du 22 mars 1910, a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages adressés pour concourir aux prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé, dans la même séance, à l'élection des Commissions de prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question : *Physiologie et pathologie de l'hypophyse.*

N° 1. Devise : « *L'idée formulée par les faits représente la science* » (Cl. Bernard).

N° 2. Devise : « *Savoir, c'est pouvoir* ».

N° 3. Devise : « *On ne commande à la nature qu'en lui obéissant* » (R. Bacon).

Commission : MM. Landouzy, Raymond, Dastre.

PRIX APOSTOLI. — N° 3. « *Traitement des névralgies et des névrites par les courants de haute fréquence* », par M. le D^r Bonnefoy, de Cannes.

Commission : MM. Gariel, d'Arsonval, Béclère.

PRIX BAILLARGER. — N° 1. « *De l'organisation médicale des asiles d'aliénés. — Quarante années de pratique médicale et*

administrative », par M. le Dr Gabriel Dautreberte, directeur médecin honoraire des asiles publics d'aliénés, administrateur de l'Hôpital général de Tours.

N° 2. « De la situation actuelle et de l'extension future de l'assistance familiale des aliénés en France », par M. le Dr A. Rodiet, médecin en chef de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

Commission : MM. Monod (H.), Magnan, de Fleury.

PRIX BARBIER. — N° 1. « Colonisation des épileptiques de la Seine; de la colonisation en général et de l'assistance par le retour à la terre », par M. le Dr A. Marie, médecin-chef des asiles de la Seine.

N° 5. « Traitement de l'épilepsie ». Devise : « *A cœur vaillant, rien d'impossible* ».

Commission : MM. Laveran, Balzer, Wurtz.

PRIX CHARLES BOULLARD. — N° 1. « Les folies raisonnantes; le délire d'interprétation », par MM. les Drs P. Sérieux et J. Capgras, médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

N° 2. « Leçons de psychiatrie; caractères de dégénérescence et aliénations mentales », par M. le Dr Alexandre Paris, médecin de l'asile de Maréville, à Nancy.

N° 3. « Contribution nouvelle à la thérapie de la pellagre au moyen des solutions polyminéralisées radio-actives à réaction acide progressive », par M. le Dr Jean Nicolaïli, de Paris.

Commission : MM. Bucquoy, Thoinot, Dejerine.

PRIX ADRIEN BUISSON. — N° 4. « Traitement rationnel des affections nerveuses parasymphilitiques (tabes et paralysie générale) », par M. le Dr Albert Sézary, chef de laboratoire adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

Commission : MM. Debove, Chauffard, Dejerine.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des signes fournis au diagnostic des maladies mentales par l'examen du liquide céphalo-rachidien.*

N° 1. Devise : « *Observare et perscrutare* ».

N° 2. Devise : « *Quærite et invenietis* ».

Commission : MM. Dieulafoy, Netter, Vincent.

PRIX FALRET. — Question : *Traumatismes cérébraux et troubles intellectuels au point de vue clinique et médico-légal.*

N° 1. Devise : « *Sublata causa, tollitur effectus* ».

Commission : MM. Empis, Thoinot, de Fleury.

PRIX ERNEST GODARD. — N° 13. « Les troubles du système nerveux causés par le tremblement de terre de Messine (28 dé-

cembre 1908). » Devise : « *Moto bene scire est per causas scire* ».

Commission : MM. Farabeuf, Troisier, Vidal.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — N° 1. « La toxémie neurasthénique; les neurasthénies sont des intoxications », par M. le D^r Maurice Page, de Bellevue (Seine-et-Oise).

N° 2. « De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents », par M. le D^r Gabriel Doury, de Paris.

N° 3. « Le tabes et les maladies systématiques de la moelle », par M. le D^r E. de Massary, médecin des hôpitaux de Paris.

N° 4. « L'épilepsie et la médication thyroïdienne », par M. le D^r Léon Cerf, d'Angers.

N° 5. « L'apraxie », par M. le D^r Félix Rose, de Paris.

N° 6. « Epilepsie et maladies nerveuses ». Devise : « *Nec pluribus impar* ».

N° 7. « Les lésions radiculaires dans les méningites (pathogénie du tabes) », par M. J. Tinel, interne des hôpitaux de Paris.

N° 8. « Les névralgies et leur traitement », par MM. les D^{rs} Fernand Lévy et A. Baudouin, de Paris.

N° 9. « Traité des torticolis spasmodiques, etc... », par M. le D^r René Cruchet, de Bordeaux.

Commission : MM. Magnan, Raymond, Dejerine.

PRIX HENRI LORQUET. — N° 1. « La cycléthymie », par M. le D^r Pierre Kahn, de Paris.

N° 2. « Psychologie physiologique de la prostituée », par M. le D^r Octave Simonot, directeur du Bureau d'hygiène de Nevers.

N° 3. « La joie passive », étude de psychologie pathologique, par M. le D^r Mignard, de Paris.

N° 4. « Séquelles nerveuses de l'insolation et de coups de chaleur », par MM. les D^{rs} M. Hublé, médecin principal de 2^e classe de l'armée à Reims, et A. Pigache, médecin aide-major de 1^{re} classe au 24^e régiment d'infanterie à Paris.

N° 5. « Les amants de la douleur », par M. le D^r Henry Lemesle, de Loches.

Commission : MM. Vallin, Magnan, Raymond.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — N° 3. « Demande de subvention en vue d'une mission médicale au Maroc, en Algérie et en Tunisie, à l'effet d'étudier surtout les maladies mentales et nerveuses, ainsi que l'assistance des aliénés », par MM. les D^{rs} Lwoff et Sérieux, médecins en chef des asiles de la Seine.

Commission : MM. Blanchard, Reynier, Kauffmann.

PRIX PERRON. — N° 4. « Psycho-physiologie de la douleur », par M^{mes} les D^{rs} J. Ioteyko, chef de laboratoire à

l'Université de Bruxelles, et M. Stefanowska, chargée de cours à l'Université de Genève.

N° 5. « Le tabagisme », par M. le Dr Abel Gy, de Paris.

Commission : MM. Hayem, Chauveau, Wurtz.

PRIX SAINTOUR. — N° 9. « Etude des dégénération secondaires (bulbo-protubérantielles et médullaires du faisceau pyramidal) », par M. le Dr André Barbé, de Paris.

N° 12. « La névrite spinale d'origine optique », par M. le Dr Robert Leroux, de Paris.

N° 16. « De l'origine et de la signification du système nerveux, au point de vue de la pathologie générale ». Devise : « *Desipere in loco* ».

Commission : MM. Sée, Chatin, Duguet, Benjamin, Meillère.

PRIX VERMOIS. — N° 7. « L'alcoolisme, ses effets sur l'individu, la famille et la société », par M. Victor Delfino, de Buenos-Ayres.

Commission : MM. Reclus, Netter, Wurtz.

ELECTION DES MÉDECINS ALIÉNISTES, MEMBRES DE LA COMMISSION SPÉCIALE DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.

On sait que le décret du 2 février dernier constitue, par son article 18, une Commission spéciale auprès du ministre de l'Intérieur. Cette Commission est composée comme suit :

Un conseiller d'Etat nommé pour trois ans par le Ministre, président;

Le Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques;

Le Directeur de l'Administration départementale et communale;

Un inspecteur général des services administratifs nommé pour trois ans par le ministre.

Trois directeurs-médecins ou médecins en chef élus annuellement par leurs collègues, qui sont en outre appelés à élire un suppléant.

Pour les affaires disciplinaires intéressant les médecins-adjoints, les trois directeurs-médecins ou médecins en chef sont remplacés par trois médecins-adjoints élus, ainsi qu'un suppléant, par leurs collègues.

Les élections ont eu lieu récemment, et voici quels en sont les résultats :

Directeurs-médecins et médecins en chef inscrits, 99.

Nombre de votants : 77.

Ont obtenu : MM. les Drs LALLEMANT, médecin-directeur

de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), 74 voix; VALLON, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne (Seine), 72 voix; CHARON, médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme), 68 voix; VIALLOU, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), 66 voix; 22 voix ont été réparties entre 18 autres noms.

En conséquence MM. les D^{rs} Lallemant, Vallon, Charon et Viallon sont élus pour l'année 1910, ce dernier à titre de suppléant.

Médecins-adjoints inscrits, 49; votants, 41.

Ont obtenu : MM. les D^{rs} DROMARD, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), 41 voix; LÉPINE, médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône), 40 voix; VERNET, médecin-adjoint de l'asile de Moulins (Allier), 38 voix; OLIVIER, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher), 27 voix; 8 voix ont été réparties entre 5 autres noms.

En conséquence, MM. les D^{rs} Dromard, Lépine, Vernet et Olivier sont élus pour l'année 1910, ce dernier à titre de suppléant.

CRÉATION D'UN ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES EN ANGLETERRE

Sur la proposition d'un de ses membres, le D^r David Thomson, la Société médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande prend l'initiative de l'organisation d'un cours supérieur de médecine des maladies nerveuses et psychiques, et adresse à toutes les Universités d'Angleterre le programme de ce projet qu'elle voudrait leur voir prendre en mains pour lui assurer toute l'autorité voulue (1).

Il n'existe pas d'enseignement méthodique de la psychiatrie en Angleterre, et les inconvénients en sont d'année en année plus sensibles. Les médecins aliénistes se trouvent en face de problèmes cliniques ardu, les procédés de recherche ne leur ont pas été appris, et les jeunes médecins désireux d'embrasser cette carrière n'en possèdent pas les premières notions et ne trouvent guère les moyens de s'instruire de façon méthodique et moderne.

(1) *Medico-psychological Association of Great Britain and Ireland. — Post-graduate Curriculum and Diploma in Psychological Medicine* (Société médico-psychologique de Grande Bretagne et d'Irlande. — Enseignement supérieur médico-psychologique et diplôme correspondant). Brochure de 15 pages in-8°.

auprès des médecins aliénistes parfois mal entraînés eux-mêmes par suite du manque d'un enseignement complet.

Un cours devrait donc être organisé, et le diplôme qui le consacrerait serait exigé des candidats aux postes de médecin d'asiles, quartiers d'hospice ou autres. Comme question solidaire, la Société établit ce principe que l'administration des asiles doit rester entièrement dans les mains du médecin, de façon que la partie médicale et la partie administrative soient intimement liées.

Ce cours correspondrait aux cours supérieurs d'hygiène, maladies exotiques, chirurgie militaire, etc., qui ont été institués.

Le cours comprendrait trois périodes d'environ trois mois d'enseignement. Les candidats au diplôme devraient avoir au moins deux ans de pratique médicale et avoir exercé pendant un an au moins les fonctions de médecin-assistant dans un hôpital pour maladies mentales.

L'enseignement serait théorique et pratique et porterait sur :

- 1° Anatomie, physiologie, pathologie du système nerveux (avec préparations, procédés de laboratoire, etc...);
- 2° Psycho-physiologie avec exercices pratiques;
- 3° Clinique générale avec recherches de laboratoire;
- 4° Clinique nerveuse;
- 5° Psychiatrie et médecine légale.

Au surplus, les candidats devraient opter pour une des matières supplémentaires suivantes :

- Psychologie expérimentale;
- Biochimie;
- Bactériologie;
- Anatomie et physiologie comparée du système nerveux.

Ainsi donc va être créé en Angleterre un diplôme qui correspondra au grade de l'adjuvat en France; nos voisins d'outre-Manche se sont préoccupés avec juste raison d'organiser en même temps un enseignement préparatoire sérieux. Après un stage actif dans un asile, les candidats viendront suivre assidûment les cours pendant une année scolaire environ.

Ce nous est une occasion de constater avec plaisir l'importance qui s'attache de plus en plus à l'étude de la psychiatrie et à notre profession, et en même temps de signaler l'utilité reconnue outre-mer de la réunion des fonctions médico-administratives.

EDMOND CORNU.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

22. *Excentricité*. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 9 janvier 1910) :

Un individu, qui s'était déshabillé complètement, traversait, aujourd'hui, en courant, la galerie de Harlay et s'engageait, en poussant des cris sauvages, dans l'escalier conduisant à la Cour d'assises. Les gardes du palais l'arrêtèrent, et, au milieu de la foule qui s'était amassée, le conduisirent dans le cabinet du commandant du Palais de justice. Là, on lui passa son pantalon, on le revêtit d'une robe d'avocat empruntée au vestiaire des avocats, et alors, vêtu décemment, on l'envoya à l'infirmerie du Dépôt.

Le commissaire de police, M. Euriat, a fait une enquête pour savoir d'où vient ce malheureux,

23. *Double homicide et suicide*. — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du mardi 11 janvier 1910) :

On savait que le sculpteur Karl Jaeger, de Berlin, avait le cerveau légèrement dérangé. Néanmoins, ses parents refusaient de le laisser interner, car ils le croyaient inoffensif.

Fatale erreur ! Pendant le déjeuner, pris en commun, le fou sortit de sa poche un revolver, abattit successivement sa belle-sœur et son petit-fils et se fit sauter la cervelle.

24. *Triple homicide*. — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du samedi 29 janvier 1910) :

On mande de Gratz, à Obersemon, que le propriétaire Bradnow, frappé soudain de folie furieuse, s'empara d'un marteau et fendit le crâne à ses deux enfants, âgés de deux et trois ans. Il assomma également sa sœur, accourue aux cris des pauvres petits. On eut grand'peine à se rendre maître du forcené.

25. *Homicide et suicide*. — On télégraphie de Guingamp à *Paris-Journal* (numéro du mercredi 9 février 1910) :

Depuis quelque temps, M. Pierre Bolloch, second maître de la marine retraité, qui habitait Saint-Jean-Kergrist, avec sa femme et son fils unique, donnait des signes de détraquement cérébral.

Le jeune Albert Bolloch, âgé de dix-huit ans, clerc de notaire, vient d'être tué par son père.

Il dormait lorsque Pierre Bolloch pénétra dans sa chambre, un revolver à la main, et lui logea deux balles dans la tête. Sa mort fut foudroyante.

Son crime accompli, le père se tira un coup de revolver dans la tête et s'abattit aux pieds de M^{me} Bloch, qui accourait, affolée, au bruit des détonations.

L'état du père meurtrier est désespéré.

Ce drame de la folie a soulevé une vive émotion à Guingamp, où la famille Bolloch jouissait de l'estime publique.

26. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro de dimanche 27 février 1910) :

L'Algérien Ruben Endelsi qui, le 27 novembre dernier, sous le porche de l'hôtel Continental, fit feu sur le général Vérand, — depuis lors complètement guéri, heureusement, — avait été, on s'en souvient, soumis à l'examen de médecins aliénistes.

Ceux-ci, les docteurs Vallon, Gilbert-Ballet et Dupré, ont remis hier leur rapport à M. le juge Bourdeaux, chargé de l'instruction de cette affaire.

Les trois experts concluent à l'irresponsabilité totale de l'inculpé, qu'ils déclarent atteint du délire de la persécution.

M. Bourdeaux a rendu, dans la soirée, une ordonnance de non-lieu en faveur d'Endelsi ; mais il l'a mis à la disposition de l'autorité administrative, qui le fera interner.

27. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 14 février 1910) :

Ce matin, vers huit heures, 7, rue Nicole prolongée, M. Gaston Baillou, industriel, sorti depuis mardi d'une maison de santé, où il était resté en traitement plusieurs mois, a trompé la surveillance de l'infirmier et a tiré trois coups de revolver sur sa femme. Après quoi, croyant l'avoir tuée, il s'est fait sauter la cervelle.

Grièvement blessée à la tête et à la poitrine, M^{me} Baillou a été transportée à l'hôpital Cochin. Le malheureux dément laisse trois enfants en bas âge.

28. *Double infanticide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du mardi 1^{er} mars 1910) :

Ce soir, à Kirkcaldy (Ecosse), deux enfants en bas âge ont été retirés du canal où les avait jetés leur mère. Les pauvres bébés étaient morts et lorsqu'on se mit à la recherche de la mère, on la trouva dans un petit bois, non loin de là, grelottant dans ses vêtements mouillés.

Dans une déclaration sans suite, elle a avoué avoir noyé ses enfants.

29. *Triple homicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du jeudi 10 mars 1910) :

Le gouverneur de l'Afrique occidentale, M. Ponty, a signalé au ministère des Colonies l'acte de folie furieuse auquel s'est livré, le 2 mars, un tirailleur sénégalais à la suite d'une crise d'alcoolisme. Le tirailleur a tué à coups de fusil un nommé Mannolle, ouvrier de la Compagnie bordelaise de comptoirs africains, et deux porteurs indigènes. Le lieutenant d'infanterie coloniale Hécaen, qui s'était précipité pour arrêter l'assassin, a été grièvement blessé au bras.

30. *Menaces de mort.* — De nombreux acheteurs se pressaient, hier après-midi, dans une maison de commerce de la rue Réaumur, quand un employé, Charles Touvenin, âgé de quarante ans, s'élança sur eux, revolver au poing.

Effrayés, ils battirent précipitamment en retraite, livrant passage à Touvenin, qui gagna la rue, en poussant d'effroyables clameurs.

Il allait sans nul doute faire usage de son arme, quand un soldat se jeta sur lui, le terrassa et le désarma, puis le remit aux agents.

Le courageux pioupiou s'éloigna ensuite sans même consentir à donner son nom aux représentants de l'autorité.

Touvenin, qui a été déjà interné deux fois, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt (*Paris-Journal*, numéro du 14 mars 1910).

31. *Excentricités.* — Plus de cinq cents personnes assistaient hier après-midi, vers quatre heures et demie, aux périlleuses acrobaties d'un individu qui, les cheveux en broussailles et vêtu simplement d'un pantalon et d'un gilet de flanelle, se livrait, pieds nus, à une danse bizarre sur le toit de l'immenble situé 25, rue de Vaugirard. Des gardiens de la paix du 6^e arrondissement lui donnèrent la chasse à travers les cheminées, mais ce n'est que lorsque le malheureux insensé aperçut les pompiers qu'il consentit à se laisser approcher. On le fit passer, non sans résistance, par une fenêtre à tabatière et on le conduisit au commissariat de police de l'Odéon.

C'est un photographe nommé Georges Imery, né à San Salvador, le 6 janvier 1885. Le pauvre fou a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt par M. Cossin, commissaire de police (*Le Journal*, numéro du mardi 15 mars 1910).

32. *Infanticide.* — Un crime épouvantable a été commis par une folle, à Bessèges. Sortie récemment d'un asile d'aliénés, Marie Lavit a tué sa fillette en la jetant par la fenêtre d'un troisième étage. M. Lavit ne put l'empêcher de commettre ce crime atroce. La fillette a été tuée sur le coup. (*Le Temps*, numéro du 26 mars 1910.)

33. *Tentative d'homicide.* — Atteint du délire de la persécution, Charles Lepage, âgé de trente-quatre ans, porteur aux Halles et machiniste dans un théâtre du centre, résolu de s'armer afin de se défendre contre les attaques de ses imaginaires ennemis.

Pour cela, il acheta un revolver bull-dog de fort calibre, tirant la balle blindée; mais au lieu d'être rassuré par la possession de cette arme, il devint plus méfiant, plus inquiet qu'auparavant.

La nuit dernière, vers une heure, avant de monter à son

domicile, rue Saint-Martin, 167, le machiniste pénétra dans le débit de vins qui se trouve au rez-de-chaussée, et là, avant que les assistants aient pu s'opposer à son geste, il bondit sur un de ses voisins, M. Christian Didiot, âgé de vingt-neuf ans, employé de commerce, et fit feu sur lui à bout portant.

M. Didiot portait dans la poche intérieure de son vêtement un volumineux portefeuille bourré de papiers; cette circonstance lui sauva la vie, car la balle, tirée de trop près, dévia et s'amortit. Sans perdre son sang-froid et nullement troublé par cette attaque, l'employé de commerce s'élança sur le fou et, après une longue lutte, réussit à le désarmer.

M. Guicheteau, commissaire de police du quartier des Archives, a fait conduire le malheureux dément à l'asile Sainte-Anne.

M. Didiot, qui n'a qu'une légère contusion au côté et une morsure au pouce, que lui fit son meurtrier alors qu'il luttait pour le désarmer, est soigné à son domicile. (*Le Journal*, numéro de lundi 28 mars 1910.)

34. *Infanticide et tentative de suicide.* — On lit dans *Le Petit Temps* (numéro du mercredi 30 mars 1910) :

Ce matin, vers onze heures, une dame Mirabel, habitant Malakoff, a tiré sur sa fillette âgée de quatre ans, un coup de revolver et l'a tuée. Après quoi, tournant son arme contre elle-même, elle a tenté de se suicider.

Grièvement blessée, M^{me} Mirabel a été transportée à l'hôpital Broussais.

C'est le mari, qui, rentrant après une absence de deux jours, a constaté le drame. Le malheureux, fou de douleur, tenta de se suicider avec le revolver qui était resté sur le lit, mais il en fut empêché à temps.

M^{me} Mirabel était atteinte de la monomanie du suicide. Déjà il y a cinq ans, elle s'était jetée dans la Seine du haut du pont des Saints-Pères. Précédemment, l'infortunée avait à la suite d'un accident dû subir l'opération du trépan et depuis cette époque elle était atteinte de troubles cérébraux.

35. *Double tentative d'homicide.* — On télégraphie de Lyon à l'*Agence Havas* (mardi, 12 avril 1910) :

On se rappelle que le 29 janvier dernier, dans la cour de la caserne Bayard, à Grenoble, le chasseur alpin Cohade frappa son capitaine d'un coup de baïonnette et blessa avec son arme l'adjudant qui voulait l'arrêter. Cohade, qui semblait très surexcité, fut transféré à Lyon, à l'hôpital Desgenettes, pour y être mis en observation.

Soumis à l'examen du médecin-chef et sur la demande de celui-ci à un spécialiste civil, Cohade a été reconnu atteint d'aliénation mentale et interné à l'asile de Bron.

36. *Homicide et suicide.* — M. Chapponais, employé dans un grand établissement financier, demeurant 6, rue Maugé, aux Gressets, hameau dépendant de la commune de la Celle-Saint-Cloud, a dans une crise de neurasthénie tué sa femme d'une balle de revolver dans la tête. Il s'est ensuite suicidé en se tirant une balle de la même arme dans la tempe droite.

Le parquet de Versailles s'est rendu aux Gressets pour procéder aux constatations légales.

M. Chapponais qui était âgé de quarante-neuf ans, était sujet depuis quelque temps à de violents accès de neurasthénie et il avait été obligé de demander un congé pour se reposer. C'était d'ailleurs un excellent employé et rien ne faisait prévoir le drame qui a dû se dérouler au courant de la nuit dernière.

Ce matin, des voisins étonnés de ne pas avoir aperçu les époux Chapponais, pénétraient dans le petit pavillon qu'ils habitaient et ils y découvrirent les deux cadavres.

Les époux Chapponais avaient une situation aisée et jouissaient de la considération générale. M. Chapponais gagnait 4.800 francs par an. (*Le Temps*, numéro de dimanche 17 avril 1910.)

TRIBUNAUX

Un idiot peut-il voter? — En fait, la question semblait ne point se poser.

Mais en droit?

Le juge de paix de Montmélian (Savoie) avait jugé, le 7 mars dernier, qu'un idiot ne pouvait voter.

La Cour de cassation vient de casser ce jugement, dont les conséquences pouvaient être étendues. Voici le texte de l'arrêt de la Cour suprême :

« La faiblesse d'esprit (voire « l'idiotisme » constaté par le juge), lorsqu'elle n'a pas motivé l'interdiction, n'est pas incompatible avec la jouissance du droit électoral, tel que le réglemente le décret du 2 février 1852. » (*Le Temps*, numéro du jeudi 14 avril 1910.)

XX^e CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Bruxelles-Liège. — 1^{er} au 7 août 1910.

Le XX^e Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à *Bruxelles-Liège (Belgique)*, du 1^{er} au 7 août 1910.

Cette session, comme son aînée de 1903, est patronnée

par les Gouvernements belge et français. Un attrait de plus la favorise, cette fois; Bruxelles sera, en 1910, le siège d'une *Exposition internationale et universelle* qui ne peut manquer de rendre le séjour des Congressistes plus agréable dans cette ville.

Bureau du Congrès :

Président belge : M. le D^r CROcq, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, médecin en chef de la Maison de santé d'Uccle.

Président français : M. le D^r KLIPPEL, médecin des Hôpitaux de Paris.

Vice-président belge : M. le D^r GLORIEUX, inspecteur des Asiles du Royaume.

Vice-président français : M. le D^r DENY, médecin de la Salpêtrière.

Secrétaire général : M. le D^r DECROLY, directeur de l'Institut d'enseignement spécial de Bruxelles.

Secrétaires-adjoints : M. le D^r GEERTS, médecin-adjoint à l'Asile-Dépôt de Saint-Jean; M. le D^r DENIS COULON, assistant à la Maison de santé d'Uccle.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — I. Rapports sur les questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Nantes.

a) *La maladie du sommeil, les narcolepsies*. — Rapporteurs : M. le D^r VAN CAMPENHOUT, professeur à l'Ecole de médecine tropicale de Bruxelles, et M. le D^r LHERMITTE, chef du Laboratoire de la Clinique des maladies nerveuses (Salpêtrière).

b) *Systématisation des lésions cutanées dans les affections mentales et nerveuses*. — Rapporteurs : M. le D^r SANO, médecin en chef de l'Asile-dépôt d'Anvers, et M. le D^r ROSK, du Laboratoire de la Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne).

c) *Alcoolisme et criminalité*. — Rapporteurs : M. le D^r LEY, médecin en chef de l'Asile du Fort-Jaco, et M. le D^r RENÉ CHARPENTIER, chef de Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne).

II. Communications originales sur des sujets de Psychiatrie et de Neurologie.

Les membres adhérents peuvent faire des communications concernant un sujet quelconque neuro-psychiatrique.

Prière d'envoyer le titre ainsi que le résumé succinct, avant le 1^{er} juillet, à M. le D^r DECROLY, secrétaire général.

EXCURSIONS. — Indépendamment des attractions présentées par la ville de Bruxelles et son Exposition internationale, des excursions seront organisées : visite de la célèbre Colonie de Gheel, excursion en automobile dans le pays de Liège et les

Ardennes, excursion dans les Flandres et sur le littoral. Un voyage en Hollande sera probablement aussi organisé.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend :

- 1° Des membres adhérents ;
- 2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les six rapports et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Bruxelles.

Les congressistes jouiront, entre autres avantages, de l'entrée gratuite à l'*Exposition Internationale et Universelle* pendant toute la durée du Congrès.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au D^r DECROLY, rue Vossegat, à Uccle Stalle-lex-Bruxelles.

HOMMAGE AU PROFESSEUR F. RAYMOND.

Les collègues, les élèves et les amis du professeur F. Raymond ont l'intention, à l'occasion de sa promotion au grade de Commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, de lui offrir une médaille dont l'exécution sera confiée à M. Prudhomme.

Le Comité est ainsi composé : M. GASTON DOUMERGUE, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, *président d'honneur* ; M. le professeur LANDOUZY, doyen de la Faculté, *président* ; MM. les D^{rs} FLORAND, SOUQUES et CLAUDE, *vice-présidents* ; MM. LEJONNE, TOUCHARD et BAUDOUIN, *secrétaires*.

La remise de la médaille aura lieu au mois de mai 1910, à la Salpêtrière. Toute souscription de 20 francs donne droit à un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions sont reçues chez MM. O. Doin et fils, éditeurs, 8, place de l'Odéon.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XI^e VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Psychologie morbide.

	PAGES
Charles Baudelaire toxicomane et opiomane; par le Dr Roger Dupouy	358

II. — Pathologie.

Folie familiale. Délire d'interprétation antilogique communiqué entre sept personnes; par le Dr B. Etchepare	5
Les troubles mentaux dans le tabes; par le Dr V. Truelle. 18 et	177
Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique; par le Dr G. de Clérambault (<i>suite et fin</i>)	88 et 192
Automatisme et dédoublement de la personnalité chez un dément précoce; par le Dr Nadal	46
De la manie simple non récidivante et de la psychose périodique; par le Dr Victor Parant père	365
La paralysie générale juvénile; par les Drs Arsimoles et Halberstadt (1 ^{er} article)	384

III. — Médecine légale.

L'affaire d'incendie de La Villeneuve-aux-Fresnes au point de vue médico-légal. Folie simulée chez un des quatre inculpés; par le Dr S. Garnier	56
Documents de médecine légale. Deux cas de folie à deux, l'un de délire processif et l'autre de persécution avec tendances persécutrices; par le Dr A. Adam	216
Consultation médico-légale sur le cas d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans inculpé d'assassinat. Psychoses de la vieillesse. Observations; par le Dr Calixte Rougé	398

IV. — Établissements d'aliénés.

Cours et examens d'infirmiers; par le Dr Edmond Cornu	287
---	-----

V. — Revue critique.

	PAGES
Le treizième Congrès de la Société phrénatrique italienne (Vienne, 1907); par le Dr L. Wahl	251
Les furies et le vagabondage; par le Dr Lucien Lagriffe (1er article)	417

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

<i>Séance du 25 octobre 1909.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. B. Etchepare, Yrigoyen. — Mort de MM. Fugier et Lombroso : M. Legras. — Un cas de délire des négations, par Cervantès. Le licencié Vidriera, par M. Trénel. — Délire des persécutions systématique, hallucinatoire, évoluant pendant quarante-quatre ans sans démente terminale, par M. J. Séglas. Discussion : MM. Trénel, Séglas, Arnaud	86
<i>Séance du 29 novembre 1909.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. J. Voisin, Etchepare. — Election de M. J. Voisin comme membre honoraire. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Yrigoyen; élection. — De l'origine périphérique du délire. Discussion (<i>suite et fin</i>) : MM. Legrain, Picqué. — Sur la nécessité d'une méthode applicable au diagnostic des arriérés militaires, par MM. Alfred Binet et Th. Simon. Discussion : MM. Briand, Th. Simon, de Clérambault, Roubinovitch, Legrain, Pactet	106
<i>Séance du 27 décembre 1909.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Rogues de Fursac, Truelle, Pilcz, Stransky. — Rapport de la Commission des finances : M. Semelaigne. — Election du Bureau de 1910. — Un cas de délire d'interprétation : auto-accusation systématique, par M. J. Séglas. Discussion : M. Chaslin. — Trois cas d'hallucinations spéculaires, par M. G. Naudascher. Discussion : MM. Sollier, Séglas, de Clérambault, Vigouroux, Vallon, Naudascher	271
<i>Séance du 28 février 1910.</i> — Prix Christian : MM. Legras, Ritti. — Installation du Bureau : MM. Legras, Arnaud, Colin. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Nageotte, Pandey, Victor Delfino, Pron. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1910. — Nomination des Commissions de prix. — Rapport sur les candidatures à deux places de membre titulaire : M. Leroy; élection de MM. Rogues de Fursac et Truelle. — Définition de l'idiotie et de l'imbécillité, par MM. A. Binet et Th. Simon	434
<i>Séance du 22 mars 1910.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Christian, Nageotte, Rogues de Fursac, Truelle, Croustel, Rayneau, Arnaud. — Prix Christian (<i>suite</i>) : MM. Arnaud, Ritti. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Victor Delfino; élection. — Le buveur délinquant en face de la loi, par M. Legrain. — Délire de persécution systématisé chez un brightique, par MM. A. Vigouroux et G. Naudascher. Discussion : MM. Trénel, Vigouroux, Briand, Arnaud	467

II. — Revue des journaux de médecine.**SOCIÉTÉS SAVANTES (1909-1910).**

(Anal. par les Drs GEORGES VERNET et ROGER DUPOUY).

	PAGES
L'essai de psychiatrie pédagogique des enfants difficiles.	137
Sur l'utilisation du liquide céphalo-rachidien en psychiatrie en général et dans le traitement des états anxieux en particulier . . .	138
Un cas de tabes spasmodique familial	139
Sécrétion lactée permanente depuis la puberté chez une jeune maniaque	140
Paralysie générale juvénile.	140
Descendance des paralytiques généraux.	140
Six cas d'encéphalite traumatique	141
Onze cas d'abcès du cerveau.	297
Sur le retour d'âge de l'homme.	298
Mesure de l'intelligence chez les enfants, avec démonstration. . .	298
Spiritisme et folie.	299
Onomatomanie chez un vieillard de soixante-quatorze ans	299
Paralysie générale chez un ouvrier traumatisé	300
Un cas de trophœdème chez une vieille démente vésanique. . . .	300
Un cas de délire à deux et deux cas d'hallucinations auditives unilatérales.	301
Observation d'un persécuté voyageur.	302
Un cas de sclérose en plaques.	302
Un cas de trophœdème de la jambe	302
Un imbécille calculateur.	303
Un cas de paralysie juvénile	303
Apparition du syndrome paralytique à la suite d'un accident de travail	303
Un cas de simulation	304
Traumatisme chez un paralytique général.	304
Epilepsie et paralysie générale.	486
Deux cas d'athétose double, dont un avec attitudes vicieuses excessives	486
Dégénérescence mentale. Obsessions, impulsions, exhibitionnisme. .	487
Deux cas d'épithélioma chez des paralytiques généraux	487
Hémisection des masticateurs chez l'animal.	487
Les malformations de l'oreille	488
Accès ébaugis avec amnésie totale chez un alcoolique chronique. .	488
Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique chez un persécuté-persécuter.	488
Manie intermittente et paranoïa querulante.	489
Symptôme de Ganser chez un hémiphrénique	489

JOURNAUX FRANÇAIS (1909).

(Anal. par le Dr A. ALBÈS.)

Lois élémentaires d'association des idées dans la manie et dans la démence.	490
Une anomalie de l'amour parental	490
L'hérédité dans l'avarice	491

	PAGES
Raisonnement pathologique et psychoses raisonnantes	491
La mémoire affective et l'expérimentation	491
Les fruges en pathologie mentale	492
Les perversités du caractère chez les hystériques	492
Le sourire et le rire dans la démence précoce	493
De l'épilepsie	493
L'automatisme ambulateur	494
Sur une forme clinique de névrose cardiaque (phrénocardie de Hertz)	494
Epilepsie et délire sans amnésie	494

JOURNAUX ITALIENS (1907).

(Anal. par le Dr WAHL.)

Sur l'aspergillus brun géant et sur ses propriétés toxiques par rapport à la pellagre	141
Sur quelques controverses ayant trait aux toxines pellagrogènes	142
Sur le pouvoir toxique de quelques champignons allemands cultivés en Italie	143
Les altérations cadavériques du réticulum fibrillaire endothélial et des fibrilles longues dans les cellules de la moelle épinière	143 et 150
Les échanges urinaires dans les migraines	144
Sur la psychose de Korsakoff	145
Le problème actuel de la mélancolie	146
Séréotypie et phénomènes d'automatisme chez les aliénés	146
Troubles nerveux subits et accidents d'automobile	147
Recherches sur quelques propriétés du sérum du sang dans la pellagre humaine et dans la pellagre expérimentale	148
Altérations histologiques de la moelle épinière causées par les poisons du maïs	148
Recherches sur l'indoxylurie dans les maladies mentales	149
Les phénomènes psychiques de la migraine et leurs rapports avec l'épilepsie	149 et 154
Lésions primaires des fibres nerveuses par diverses conditions expérimentales examinées par la méthode de Donaggio pour les dégénérescences	150
Sur les méthodes employées pour relever la statistique des aliénés	152
Influence des centres corticaux sur certains phénomènes de la génération et de la perpétuation de l'espèce	152
Sur la signification des anomalies physiques en rapport avec l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce	153
La main	153
Deux cas de démence paralytique avec syphilis cérébrale	154
Les syndromes moteurs de la première enfance en rapport avec les conditions du système neuro-musculaire	154
Neurasthénie et paralysie générale progressive	155
Sur un cas de ramollissement traumatique du corps calleux	305
Les échanges organiques dans la démence précoce	305
Sur la pathologie du noyau lenticulaire	306
Sur l'influence de l'hérédité morbide dans la paralysie générale	306
Dans le champ de l'étiologie de la pellagre	307
Sur les corpuscules spéciaux périvasaux dans la substance cérébrale	307
Recherches sur les altérations du réseau neuro-fibrillaire endocellulaire dans le traumatisme expérimental	308

Glycosurie et lévosurie alimentaires dans quelques formes de maladies mentales; épilepsie, psychose pellagreuse, paralysie générale, démence précoce.	309
Nouvelles recherches sur l'indoxylurie dans les maladies mentales.	309
Les toxines pellagreuces en rapport avec les diverses substances alimentaires et avec les saisons de l'année.	310
Contribution à l'étude de l'acromégalie.	310
Sur la délinquance, la folie et l'incapacité au service militaire.	311
Folie sensorielle chez un phrénasthénique.	312
Quelques propositions relatives à une unification technique dans la récolte du matériel pour les recherches sur le système nerveux central de l'homme.	313

III. — Bibliographie.

Quatre-vingt-deuxième rapport annuel de l'asile royal James Murray, à Perth (Anal. par le Dr Ed. Cornu).	157
Contribution à l'étude d'une anomalie régressive de la main; sa fréquence chez les dégénérés et chez les normaux; sa signification; par le Dr Lecha-Marzo (Anal. par le Dr Arsimoles).	159
Le cerveau des criminels; par le Dr Antonio Lecha-Marzo (Anal. par le Dr Arsimoles).	160
La cellule nerveuse; par le Dr G. Marinesco (Anal. par le Dr Paul Guiraud).	314
Le vagabond. Ses origines, sa psychologie, ses formes. La lutte contre le vagabondage; par le Dr A. Pagnier (Anal. par le Dr Roger Dupouy).	495
Rapport annuel du service des aliénés de l'hôpital de Pensylvanie pour l'année finissant le 22 mars 1909 (Anal. par le Dr Edmond Cornu).	497
Trente-et-unième rapport biennal des administrateurs, directeur et receveur de l'hôpital central de l'Illinois pour aliénés, à Jacksonville (Anal. par le Dr Edmond Cornu).	499
Sur l'origine des idées forcées; par le Dr Cipriano Giachetti (Anal. par le Dr Lagriffe).	501
Précis d'auto-suggestion volontaire; par le Dr Géraud-Bonnet, d'Oran (Anal. par le Dr Cullerre).	503
Sur un symptôme viscéral inhabituel de la dépression; par le Dr G. Franchini (Anal. par le Dr Lagriffe).	504
L'alcoolisme mental dans l'Uruguay; par le Dr Bernardo Etchepare (Anal. par le Dr L. Arsimoles).	505
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	145, 331 et 506

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Privat de Fortunié, Chardou, Charou, Ritti, Piettre, Mairat, Paul Camus. — Prix de l'Académie de médecine. — A l'asile de la Grimandière. Hommage au Dr Cullerre. — L'autopsie du professeur C. Lombroso. — Les aliénés en liberté. — Faits divers.	163
Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Picqué, Levassort, Thourel. — Nécrologie : Antoine Lacour, Lucien Cotard. — Décret concernant le	

personnel médical des asiles publics d'aliénés. — Concours de 1910 pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Tribunaux. — Faits divers. — <i>L'Archivio di Psichiatria</i> du professeur Lombroso. — Avis relatif à la vacance d'un poste de médecin-adjoint de la Maison nationale de santé de Charenton.	322
Nominations et promotions : MM. Biate, Riconx, Dezwarde. — Prix de l'Académie de médecine. — Elections des médecins aliénistes, membres de la Commission spéciale du ministère de l'Intérieur. — Création d'un enseignement supérieur des maladies mentales et nerveuses en Angleterre. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Tribunaux. — XX ^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles-Liège. Août 1910. — Hommage au professeur F. Raymond	510

Table des matières du tome XI de la 9 ^e série.	523
---	-----

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.